



Autour de la procréation. État de l'art des représentations et pratiques contemporaines à Vientiane

Adeline Philippe

► To cite this version:

Adeline Philippe. Autour de la procréation. État de l'art des représentations et pratiques contemporaines à Vientiane. Anthropologie sociale et ethnologie. 2013. dumas-00915843

HAL Id: dumas-00915843

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00915843>

Submitted on 9 Dec 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives| 4.0 International License

MÉMOIRE DE MASTER 2 D'ANTHROPOLOGIE – SPÉCIALITÉ
ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ

UNIVERSITÉ AIX-MARSEILLE

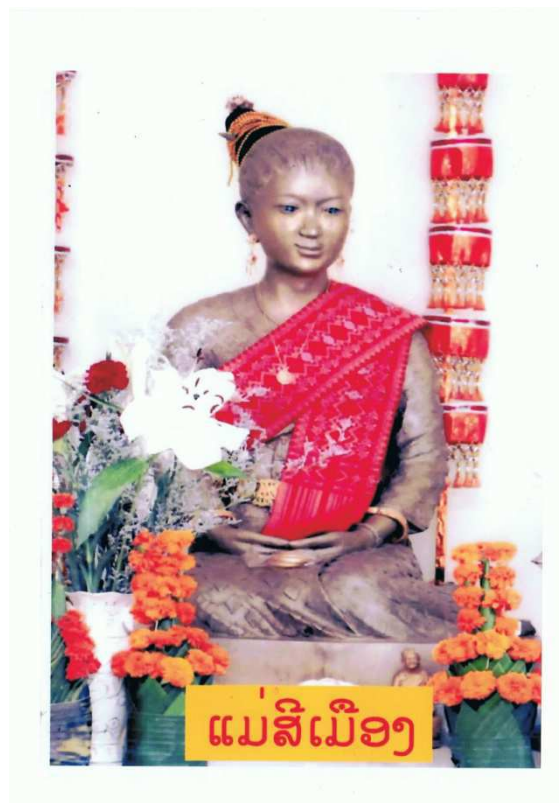
Département d'Anthropologie

Présenté par
Adeline PHILIPPE

Sous la direction d'Evelyne Micollier

AUTOUR DE LA PROCRÉATION

ÉTAT DE L'ART DES REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES
CONTEMPORAINES À VIENTIANE



2013

MÉMOIRE DE MASTER 2 D'ANTHROPOLOGIE – SPÉCIALITÉ
ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ

UNIVERSITÉ AIX-MARSEILLE

Département d'Anthropologie

Présenté par
Adeline PHILIPPE

Sous la direction d'Evelyne Micollier

AUTOUR DE LA PROCRÉATION

ÉTAT DE L'ART DES REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES
CONTEMPORAINES À VIENTIANE

2013

Je remercie

Ma directrice de recherche, Evelyne Micollier, pour m'avoir permis de faire cette recherche
au Laos, m'avoir soutenu et conseillé sur le terrain, et pendant l'écriture ;
Sandrine Musso pour sa gestion du master 2 d'anthropologie de la santé, et son soutien tout au
long de cette année ;
Pascale Hancart-Petit et pour nos rencontres, discussions et ses conseils sur le terrain,
Vanina Bouté pour ses conseils et son soutien,
Nong, pour m'avoir suivi dans cette enquête, pour avoir été mon double sur le terrain et pour
son patient travail de retranscription ;
Anne pour son amitié, le partage de son expérience sur le Laos et nos grandes discussions sur
l'anthropologie et la vie,
Mme Simone et ses enfants, pour leur accueil chaleureux, leur présence au quotidien et leur
amitié,
Marine, pour notre partage d'expérience et le temps passé ensemble,
Amata, pour avoir été là,
M. Michel pour son travail de relecture toujours aussi patient et pertinent,
Sophie, Francesca, et Adjara, pour cette année de solidarité et de soutien,
Teddy pour m'avoir soutenue au temps de l'écriture,
Mes parents, pour m'avoir permis de participer à ce Master, et m'avoir encore une fois
soutenue jusqu'au bout ;
Et toutes les personnes qui m'ont consacré de leur temps, permis de partager leurs savoirs,
accueillie et soutenue, sur le terrain et en France.

Fig. 1 page de couverture : Photo d'une statue de Me Si Meuang vendue par les marchands ambulants au Wat Si Meuang

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I. L'objet de recherche	2
I.1 Origines	2
I.2 Objet de recherche	3
II. Entre anthropologie théorique et étude de terrain	5
II.1 Une étude bibliographique	5
II.2 Une enquête de terrain	6
II.3 Choix du site principal de terrain	7
III. Enjeux scientifiques	8
IV. Problématique et hypothèses	10
IV.1 Problématique générale et questions de recherche collatérales.....	10
IV.2 Hypothèses	12
V. Plan de la dissertation.....	14
Chapitre 1 – Autour de l'objet de recherche : origines, cadres et contextes	15
I. Origines et construction de l'objet	15
I.1 En amont	15
I.2 La pré-construction de l'objet	17
I.2.1 Un projet d'équipe	17
I.2.2 La Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME).....	17
I.2.3 Le contexte général du projet IRD-ANRS au Laos	19
I.2.4 La construction de l'objet	21
I.3 Contexte et reconstruction de l'objet sur le terrain	24
I.3.1 Les blocages institutionnels.....	24

I.3.2	L'improvisation du terrain et la reconstruction de l'objet.....	26
II.	Définitions et cadres théoriques	28
II.1	Définition de l'objet.....	28
II.1.1	Autour de la procréation	28
II.1.2	Les représentations et pratiques.....	30
II.2	Inscriptions et cadres théoriques	32
II.2.1	Anthropologie de la santé	32
II.2.1.1	Les approches contemporaines de l'anthropologie de la santé	32
II.2.1.2	L'anthropologie de la santé selon Didier Fassin.....	34
II.2.2	Une anthropologie du corps et des fluides.....	36
II.2.3	Une anthropologie du sida hors du sida : un état de l'art	39
II.2.3.1	À propos de l'anthropologie du sida	39
II.2.3.2	Anthropologie de la reproduction en contexte de VIH.....	41
II.2.3.3	Un état des lieux hors du VIH.....	43
II.2.4	Réflexion sur les notions d'implication et d'application en anthropologie....	44
II.3	De la réflexivité.....	47
II.3.1	Nouveaux objets, nouveaux terrains, nouveaux acteurs.....	47
II.3.2	Le chercheur et le terrain	48
II.3.3	La réflexivité et ses limites	51
	Chapitre 2 – Cadres, méthodes et terrain	55
I.	Cadre général de l'étude : Le Laos et Vientiane	55
I.1	Éléments historiques et politiques.....	55
I.1.1	Les origines.....	56
I.1.2	Le royaume du Lane Xang (XIVe-XVIIe siècles).....	56
I.1.3	La colonisation française (Evans 2002 : 39-92)	57
I.1.4	Guerres d'Indochine et guerre civile (1945-1975)	58
I.1.5	Instauration du communisme.....	59

I.1.6	Assouplissement du régime et Laos actuel.....	59
I.2	Éléments sur le bouddhisme et le culte des génies	60
I.2.1	Le bouddhisme au Laos	60
I.2.1.1	Origines	60
I.2.1.2	Sâsanâ phut.....	61
I.2.2	Le culte des génies.....	62
I.2.2.1	Généralités.....	62
I.2.2.2	Relations entre les hommes et les génies	63
I.2.2.3	Les génies	64
I.2.3	Cohabitation des deux systèmes	66
I.3	Paysage thérapeutique et état des lieux de la santé contemporaine	68
I.3.1	Éléments de pratiques et représentations populaires et savantes de la santé au Laos	68
I.3.1.1	L'expression du mal	68
I.3.1.2	Principes physiologiques et anatomiques.....	69
I.3.1.3	Les thérapeutes « traditionnels »	72
I.3.2	État des lieux de la santé contemporaine.....	75
I.3.2.1	Organisation du système de santé officiel.....	75
I.3.2.2	Quelques indicateurs de santé	77
I.4	Vientiane	78
I.4.1	Généralités	78
I.4.2	Le village	79
II.	Le site principal de l'enquête	81
II.1	Une pagode	81
II.2	L'organisation du site	85
II.3	La fréquentation du site	87
II.4	Pertinence du site principal de terrain.....	89

III.	Choix et ajustements méthodologiques.....	91
III.1	Considérations générales.....	91
III.1.1	Du contexte à l'objet, de l'objet à la méthode, du contexte à la méthode et de l'objet au contexte	91
III.1.2	Les spécificités du terrain	94
III.2	L'observation	95
III.3	Les questions de langue et de traduction.....	96
III.3.1	La langue.....	96
III.3.2	La traductrice	96
III.4	Les entretiens.....	98
III.4.1	La préparation	98
III.4.2	Premier contacts avec les acteurs.....	99
III.4.3	Le déroulement des entretiens	101
III.5	La retranscription	103
IV.	Sur le terrain : le chercheur et les acteurs.....	104
IV.1	La pagode	105
IV.1.1	Se présenter, être « autorisée ».....	105
IV.1.2	Face aux « résidents »	107
IV.1.3	Face aux « visiteurs ».....	111
IV.2	L'importance de l'apparence.....	112
IV.2.1	Une petite « falang »	113
IV.2.2	La tenue vestimentaire	114
IV.3	Les réseaux.....	116
Chapitre 3 – Représentations et pratiques autour de la procréation : présentation et analyse des données.....		117
I.	Les différentes étapes autour de la procréation : présentation des principales données	117
I.1	La population de l'enquête.....	118

I.2	Avant la grossesse	121
I.2.1	Sexualité	121
I.2.2	Contraception et avortement.....	123
I.2.2.1	Savoir des jeunes femmes relatif à la contraception et à l'avortement	123
I.2.2.2	Discours sur la contraception des femmes de plus de 25 ans.....	123
I.2.2.3	Discours sur l'avortement	126
I.2.3	Mariage et désir d'enfants	129
I.2.3.1	Mariage.....	129
I.2.3.2	Désir d'enfant	131
I.2.4	Fécondité, infertilité.....	132
I.2.4.1	Les tendances de la population de l'enquête en terme de fécondité	132
I.2.4.2	Informations recueillies sur l'infertilité.....	134
I.3	Grossesse.....	136
I.3.1	Santé et grossesse	136
I.3.1.1	Déroulement de la grossesse	136
I.3.1.2	Recours thérapeutiques	137
I.3.1.3	Pour rester en bonne santé.....	138
I.3.2	Représentations et pratiques autour de la grossesse	139
I.3.2.1	Pratiques alimentaires	139
I.3.2.2	Du genre de l'enfant	141
I.3.2.3	Changements d'habitudes	141
I.4	Accouchement.....	142
I.4.1	Accouchement à domicile	143
I.4.2	Accouchement à l'hôpital	144
I.4.3	Complications dans le cadre de l'accouchement.....	145
I.5	Postpartum	146
I.6	Allaitement.....	148

II.	Offres et recours thérapeutique dans le cadre de la procréation.....	150
II.1	Religion et procréation.....	150
II.1.1	Conception.....	150
II.1.2	La procréation et le Wat Si Meuang.....	151
II.1.2.1	Me Si Meuang.....	152
II.1.2.2	Recours des femmes au Wat Si Meuang.....	154
II.2	Recours aux thérapeutes et aux médicaments « traditionnels ».....	156
II.2.1	Les thérapeutes « traditionnels » dans les discours et dans les faits.....	156
II.2.1.1	Dans les discours.....	156
II.2.1.2	Dans les faits	159
II.2.2	Usage des médicaments traditionnels.....	163
II.3	Rapport au système de santé « moderne »	166
II.4	Gestion populaire et domestique de la procréation.....	169
II.4.1	Réflexions sur les représentations et pratiques autour de la grossesse.....	170
II.4.1.1	Prescriptions, interdits et pratiques pendant la grossesse	170
II.4.1.2	Questions de genre : les signes associés au sexe de l'enfant (rôles sociaux)	171
II.4.2	Accouchement à domicile	173
III.	Cas d'étude : <i>yu kam</i> et le postpartum.....	175
III.1	Qu'est-ce que <i>yu kam</i> ?	175
III.1.1	Une pratique générique, le « grillage »	175
III.1.2	Questions de vocabulaire	177
III.2	Description de la pratique de <i>yu kam</i>	178
III.2.1	<i>Yu kam</i> dans la littérature sur le Laos.....	178
III.2.2	<i>Yu kam</i> à Vientiane	179
III.3	Fonctions et usages de <i>yu kam</i> : des discours à l'analyse	183
III.3.1	Fonctions physiologiques.....	184

III.3.2	Fonctions symboliques et religieuses.....	186
III.3.3	Usages sociaux.....	188
IV.	De la normalité « traditionnelle » à la médicalisation « moderne » : Ruptures et continuités générationnelles	191
IV.1	Ruptures et continuités générationnelles.....	191
IV.2	Leitmotiv discursif : la « tradition » et la « modernité ».....	194
IV.3	De la médicalisation ?	197
Conclusion.....		201
BIBLIOGRAPHIE		210
ANNEXES.....		I
Annexe 1 : L’anthropologie de la maladie selon Marc Augé (1986) et Sylvie Fainzang (2000). Synthèse d’Adeline Philippe.....		III
Annexe 2 : Éléments de religion populaire khmère, Synthèse d’Adeline Philippe.		IV
Annexe 3 : Grille d’entretien évolutive et informative contenant des exemples de questions utilisée au cours du travail de terrain. Destinée à la préparation des entretiens (réalisée par Adeline Philippe).		VII
Annexe 4 : Description non interprétative des étapes rituelles dans le temple du Wat Si Meuang. Notes de terrain du 25/02/13.		X
Annexe 5 : Tableau récapitulatif des entretiens et caractéristiques principales de la population de l’enquête. Adeline Philippe.....		XI
Annexe 6 : Entretien n°19 avec Somphane. Adeline Philippe.....		XIII
Annexe 7 : Extraits de l’entretien n°19, 14-03-13, Moine du Wat Si Meuang. Adeline Philippe.....		XIX
Annexe 8 : Liste des médicaments traditionnels évoqués au cours de l’enquête.....		XXI
Glossaire des termes lao.....		XXIII

INTRODUCTION

À Vientiane se trouve une pagode¹, le Wat Si Meuang. Considérée comme « sacrée » (*saksit*)², elle est connue dans tout le pays comme abritant le pilier fondateur (*lack muang*) de la ville daté de 1563. Ce pilier d'environ deux mètres, entièrement couvert d'or, est sans doute une borne d'origine khmère. Le bâtiment actuel n'est pas très ancien, le Wat Si Meuang ayant fait partie des monuments détruits par les Thaïs en 1828. Il est cependant porteur d'une valeur symbolique partagée au Laos. Cette valeur repose sur la légende de Me³ Si Meuang datant du XVI^e siècle lorsque le roi Setthathirat décida de s'installer à Vientiane. Au moment de la fondation de la ville (*meuang*), le roi de l'époque fit annoncer dans les villages alentours qu'on recherchait un volontaire pour se sacrifier en étant enterré sous le pilier, et devenir ainsi *tchao meuang*, l'esprit protecteur du *meuang*. Une femme enceinte, du nom de Me Nang Si, veuve ou abandonnée par son mari, marcha jusqu'à l'emplacement du pilier et se jeta dans le trou, dans lequel fut aussi sacrifié un cheval, avant que l'on enterre le pilier. Elle devint alors Me Si Meuang, protectrice de la ville et de la pagode qui fut ensuite construite à cet emplacement. La pagode tire de cette légende son caractère sacré, et il est connu dans la région que les visiteurs y sont bénis d'un avenir de bonne fortune. Me Si Meuang est aujourd'hui réputée pour exaucer les vœux des fidèles qui viennent lui rendre visite. Ces derniers doivent promettre de faire un don pour la remercier, et revenir s'acquitter de leur promesse si leur vœu est exaucé. Me Si Meuang est aussi connue des femmes, qui peuvent

¹ La pagode est le lieu de culte bouddhiste. Au Laos les pagodes sont composées d'une enceinte au sein de laquelle on trouve un temple (*sin*) pour la prière et méditation, des autels, les logements des moines et des personnes hébergées à la pagode, un réfectoire, souvent une école. La pagode est un lieu de vie pour la communauté, on y va et vient, on y joue et y prie. En dehors du temple, les pagodes ne sont pas un espace « sacré » à la manière des églises catholiques.

² Compte tenu du grand nombre de systèmes de retranscription, j'ai choisi de retranscrire les termes lao en me basant sur les retranscriptions de la traductrice de l'enquête.

Le « w » se prononce « v » et le « ph » se prononce « p »

³ Le terme *me* en lao signifie « la mère ». Une femme d'un certain âge ou ayant eu des enfants pourra être appelée *me* + prénom. Les accoucheuses « traditionnelles » sont par exemple appelée *me tam nè*.

demander de l'aide pour tomber enceinte, demander un accouchement facile ou prier pour la bonne santé de leur enfant.

Plus qu'un mythe fondateur de la ville et de la nation, cette histoire et cette pagode intéressent l'anthropologue, en ce qu'elles peuvent donner accès aux discours et représentations autour de la procréation à Vientiane, et constituer, comme nous le verrons, une porte d'entrée pertinente, celle du religieux et des pratiques populaires, vers l'anthropologie⁴ de la santé.

I. L'objet de recherche

I.1 Origines

« Autour de la procréation ». Un objet aux diverses facettes, qui renvoie à de nombreux domaines de la réalité humaine et sociale « vécue et imaginée ». Cette introduction se doit de le cadrer et de le justifier.

Pour cela, revenons sur le parcours de recherche qui aboutit aujourd'hui à ce mémoire.

En 2011, je réalisais un mémoire de Master 2 d'ethnologie⁵ pour l'université de Paul-Valéry - Montpellier III, au Cambodge, sur le thème des représentations et pratiques autour des douleurs chroniques, dans les milieux hospitaliers et domestiques. Le travail de terrain a duré 12 mois, entre 2010 et 2011, dans le cadre d'un stage en tant que « consultante en anthropologie » pour l'organisation non gouvernementale Douleur Sans Frontières (DSF). C'est à cette occasion que mes recherches ont commencé à porter sur des grandes questions de l'anthropologie de la santé, telles que les maladies chroniques (notamment VIH, cancer, maladies de l'appareil locomoteur), la douleur, le corps, les fluides, le médicament, mais aussi les médecines « traditionnelles »⁶ savantes et populaires, la médecine « moderne » internationale, les thérapeutes, l'offre et les parcours thérapeutiques, le développement, la santé publique. Ces questions étaient abordées par le prisme des représentations des acteurs et des pratiques qui en découlent, de la même façon que dans le mémoire présenté ici. De plus,

⁴ Dans ce travail nous utiliserons de façon équivalente les termes d' « anthropologie » et d' « ethnologie ».

⁵ Adeline Philippe, 2011, « Les voix de la douleur au Cambodge, approche socio-anthropologique des pratiques et des représentations de la douleur chronique », Sous la direction du Pr. Danièle Vazeilles (Laboratoire de recherche LERSEM EA 4584 – CERCE EA 4584 – E1), Université Paul Valéry – Montpellier III.

⁶ Dans le cadre de la médecine nous utiliserons le terme « traditionnel » du point de vue *emic*, pour évoquer les médecines lao présentes avant l'importation de la médecine d'origine occidentale.

ce travail de terrain a été l'occasion d'une familiarisation avec le Cambodge, la langue, l'organisation sociale et politique, l'histoire, le contexte contemporain etc.

Ainsi, c'est dans ce contexte que j'ai été amenée, par les pistes sur lesquelles nous emmène le travail de terrain, à enquêter sur des pratiques du post-partum, en lien avec les représentations autour de la douleur et du corps.

Cependant, le mémoire de Master 2 validé, il me semblait qu'il manquait à ma formation certaines bases théoriques en anthropologie de la santé, domaine qui m'avait passionné sur le terrain. C'est pourquoi je décidais de continuer mes études en anthropologie dans ce domaine. J'eus l'occasion de m'inscrire au Master 2 d'anthropologie de la santé de l'Université d'Aix-Marseille, cadre dans lequel a été réalisée l'étude présentée ici.

En effet, c'est aussi de par les bases théoriques acquises au Cambodge et mon intérêt pour ces questions que j'ai pu participer, par l'intermédiaire de ma directrice de recherche Evelyne Micollier, au projet de recherche IRD-ANRS⁷ « L'enfant protégé par les antirétroviraux au sud. Analyses ethnologiques comparées (Sénégal, Burkina Faso, Laos) », dirigé par Alice Desclaux. Ce mémoire est donc le résultat d'une enquête de deux mois à Vientiane, en tant que stagiaire en anthropologie à l'Institut de Recherche et de Développement (IRD) de Vientiane. Si chacun des pays du projet présente un contexte bien particulier, chaque volet du projet présente sa propre configuration. Dans le cas du Laos, les données sur le VIH étant relativement faibles et les programmes de prévention et de lutte contre l'épidémie peu développés, c'était d'un état de l'art sur les questions de VIH et de procréation dont le projet avait besoin. Or comme nous le verrons par la suite, les délais de cette enquête ne permettaient pas un travail approfondi sur les thèmes de la transmission et de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Il semblait plus pertinent de renseigner les principales représentations et pratiques contemporaines autour de la procréation, afin de constituer un état de l'art qui servirait de base à la suite du projet. C'est l'aspect « opératif » de ce travail de recherche au Laos, dont la partie académique et fondamentale est présentée ici.

I.2 Objet de recherche

Ce mémoire de recherche a donc pour objet l'étude des représentations de la procréation et des pratiques qui en découlent.

⁷ Institut de Recherche et de Développement – Agence Nationale de Recherche

L'objet de recherche est volontairement large. En effet, le travail de terrain a été fait de façon à laisser parler les données pour en tirer ensuite des pistes d'analyses. Ces données, bien sûr orientées par les thèmes abordés au cours des entretiens, tournaient de fait, autour des différentes « étapes » ou « moments » de la procréation : la sexualité, les conceptions du mariage, la contraception, le désir d'enfant, l'infécondité, la grossesse, l'accouchement, le post-partum, l'allaitement et la santé des jeunes enfants. Or ces différents thèmes de l'étude, bien que d'apparence très disparates, sont reliés par la question de la procréation : qu'elles se situent en amont ou en aval, qu'elles soient l'occasion de désirer ou de rejeter la procréation, ces étapes ont pour fil directeur leur ancrage dans la vie et le corps des femmes. Les termes de « reproduction », ou même de « santé de la reproduction » peuvent paraître équivalents, mais ont été écartés, de par le danger que présente, pour une étude anthropologique, la réutilisation de catégories de santé publique et d'épidémiologie, qui, si elles sont valables dans leur contexte disciplinaire, se doivent d'être questionnées par l'anthropologue, comme toutes formes de catégories préconstruites. « Autour de la procréation » renvoie donc à une description simple, concise et pertinente des différents thèmes qui fondent l'objet de recherche lui-même.

Travailler sur des représentations nécessite en premier lieu de recueillir des discours, desquels on tire ces représentations. La majeure partie du recueil de données a été donc été réalisée par l'intermédiaire des entretiens, la partie d'observation ethnographique étant plus réduite, pour des raisons que nous détaillerons plus loin. Il faut dès à présent remarquer l'une des principales spécificités du travail d'analyse des discours : ces derniers n'ont pas valeur de vérité ou de mensonge. Ils sont un témoignage de ce que les acteurs décident de (ou sont conditionnés à) dire ou ne pas dire dans un contexte d'énonciation donné. Et c'est alors le travail du chercheur d'analyser les conditionnements et contextes de ces discours, ce que signifient certaines des tendances qu'ils contiennent (sujet évités, discours sous forme de slogans officiels...), ainsi que son propre rôle dans la situation d'énonciation, sans prêter aux acteurs des intentions que le chercheur, non-omniscient, ne peut pas connaître.

Ainsi, l'objectif de cette approche est double. Il s'agit de définir les représentations collectives et personnelles autour de la procréation des personnes interrogées, et d'analyser les relations entre ces représentations et les pratiques des acteurs. Par « acteur » sont principalement visés dans cette enquête les femmes ayant des enfants, les femmes en désir d'enfants, les jeunes femmes en âge de procréer, les femmes âgées qui interviennent qui

transmettent leur savoir, mais aussi les pères, maris, membres de l'entourage familial, les acteurs des systèmes de soins, thérapeutes ou représentants religieux.

II. Entre anthropologie théorique et étude de terrain

Le contenu de ce mémoire se base à la fois sur une étude bibliographique entamée durant le Master d'ethnologie à l'université Paul Valéry – Montpellier III entre 2009 et 2011, et poursuivie au cours du Master 2 d'anthropologie de la santé (année universitaire 2012-2013) et sur une recherche de terrain de 2 mois réalisée au Laos, dans le cadre d'un stage effectué au sein de L'IRD.

II.1 Une étude bibliographique

L'étude bibliographique a eu pour objectif de déterminer le cadre théorique anthropologique de ce travail de recherche. Il est important de souligner que cette recherche a été réalisée en fonction de son contexte de production, et non pas en fonction de méthodes générales qui seraient systématiquement applicables et valables sur tous les terrains. Ainsi, cette étude bibliographique s'attache à décrire à la fois concepts et exemples d'études de sociologie et d'anthropologie de la santé dans des contextes non laotiens (comme exemple et non pas comme modèle à reproduire) mais aussi des études d'anthropologie de la santé spécifiques au Laos. De plus, ma recherche de terrain se situant au début de la mise en place du projet IRD-ANRS « L'enfant protégé par les antirétroviraux au sud. Analyses ethnologiques comparées (Sénégal, Burkina Faso, Laos) », dirigé par Alice Desclaux, elle était l'occasion de faire un état des lieux bibliographique et ethnographique. Une grande partie du travail sur le terrain a alors consisté en une recherche des sources bibliographiques existantes au Laos sur le thème de recherche, et la constitution d'une bibliographie qui servirait de base au projet de recherche ainsi qu'à ce mémoire. Ainsi, nous nous attacherons à présenter le cadre général de l'anthropologie de la santé dans lequel se situe ce travail, ainsi que les courants théoriques dans lesquels il s'inscrit, pour ensuite, au fil du développement, aborder des sources et éléments d'analyses théoriques du contexte lao.

II.2 Une enquête de terrain

Les principales méthodes utilisées dans l'enquête seront détaillées dans le développement de ce mémoire, mais certaines d'entre elles se doivent d'être dès à présent évoquées.

Le travail présenté ici repose sur une enquête de terrain de deux mois réalisée à Vientiane, et en particulier au Wat Si Meuang, dans lequel ont été conduits entretiens et observations. En outre, d'autres entretiens ont été réalisés à travers le réseau de connaissances de la traductrice avec laquelle je travaillais, ainsi que lors d'un terrain exploratoire au marché de médicaments « traditionnels » du Talat Sao⁸. Au total, les 25 entretiens forment les données principales, auxquelles se rajoutent diverses observations au Wat Si Meuang, en milieu domestique et au marché de médicaments « traditionnels ».

Ces 24 entretiens concernent 30 personnes interrogées, dont 26 femmes de 19 à 69 ans, et 4 hommes. Ces femmes sont d'origines sociales et géographiques variées, mais sont toutes de nationalité Laotienne, et en grande majorité se définissent comme appartenant au groupe des *Lao Loum*⁹, même si trois *Hmong*¹⁰ ont participé aux entretiens. Ainsi, la population de l'enquête est marquée par un sentiment d'appartenance à une communauté Lao, et partage certaines règles, représentations et pratiques socio-culturelles, notamment la langue, le Bouddhisme theravada¹¹ et le culte des *phi*¹². Cependant, le contact historique avec les peuples môn-khmer (Evans 2002 : 8 ; Zago 1972 : 213), le contexte urbain de plus en plus cosmopolite de Vientiane et l'ouverture du pays, donnent naissance à une évolution des pratiques et représentations qui produisent un syncrétisme en se diversifiant, se réinventent, constituant un champs passionnant pour la recherche anthropologique.

⁸ « Marché du matin », constitué d'un marché et depuis peu du premier centre commercial du Laos, situé sur l'Avenue Lan Xan.

⁹ Les frontières actuelles du Laos sont héritées de la colonisation française et des rapports de force avec le Siam, et rassemblent sur un même territoire des populations de différentes origines qui n'avaient pas d'unité politique. Sans questionner ici la validité de ce « classement », la population du Laos est présentée comme étant composée de 45 à 70 « ethnies » (selon les sources), répartie en trois « groupes » :

Les « *Lao Loum* », ou « Lao des plaines » (60 % de la population) qui parlent Lao (groupe tai des langues taïes-kadaïes) dont se réclament une grande partie de la population de Vientiane, mais surtout dont 80% vivent au Nord-Est de la Thaïlande, dans l'Isan ; Les « *Lao Theung* » ou « Lao des plateaux » (environ 22 %) de langue môn-khmer (ou Austro-Asiatiques) ; et les « *Lao Sung* » ou « Lao des sommets » (9 %), qui regroupent les Hmong et les Yao (ou Mien), tous deux de langue hmong-mien, et des tibéto-birmans.

¹⁰ Cf. note 45.

¹¹ Le bouddhisme theravada, est la forme de bouddhisme dominante en Asie du Sud et du Sud-Est (Sri Lanka, Thaïlande, Cambodge, Laos, Birmanie)

¹² Culte local pré-bouddhique. Les *phi* désignent les génies, bienfaisants ou malfaisants, souvent ambigus, avec lesquels les hommes établissent des relations contractuelles, de crainte, ou de respect.

II.3 Choix du site principal de terrain

L'étude se déroule donc dans la ville de Vientiane au Laos, qui en constitue le cadre général. Il fallait cependant trouver une porte d'entrée, au sein de cet espace urbain, pour accéder aux personnes ciblées par les entretiens, et pour effectuer des observations ethnographiques pertinentes pour le thème de recherche. Nous verrons que, même s'il était le choix principal, l'accès au système de santé « officiel » est rapidement apparu impossible, pour des raisons d'autorisation de recherche principalement. Cela n'empêchait pourtant pas de réaliser cette étude qui, se basant avant tout sur les discours des acteurs, pouvait se passer des sites du système de santé officiel, tels que les hôpitaux et maternités. Il fallait, pour les besoins de l'enquête, trouver un site où se rassemblaient les acteurs, mais qui serait aussi en lien avec la procréation. Enfin, il fallait que ce site ait une pertinence propre en lien avec l'objet de recherche, et la démarche anthropologique, pertinence qui s'est révélée être l'accès à la procréation et à la santé à travers le prisme du religieux et des cultes populaires. C'est lorsque que ma directrice de recherche m'a fait part de la légende de Me si Meuang que nous nous sommes intéressées à ce site, né sous signe de la procréation puisque Me Si Meuang était enceinte, et de la création, puisqu'il abrite le pilier fondateur de la ville. Au Wat Si Meuang se retrouvent des acteurs de tous sexes, toutes catégories sociales et origines géographiques. Croyants laotiens ou seulement bouddhistes et touristes s'y retrouvent pour faire vivre ce lieux populaire hautement fréquenté. Mais parmi tous ces visiteurs, les femmes ont une place privilégiée, celle des protégées de Me Si Meuang, à laquelle elles peuvent demander de l'aide pour avoir des enfants, pour accoucher facilement, ou pour permettre à leurs enfants de bénéficier d'une bonne santé. Dans ce lieu, les cultes bouddhistes se mêlent au substrat religieux local, le culte des génies, et c'est ce qui en fait un espace privilégié pour l'accès aux discours sur les pratiques populaires et leur observation. Au Laos, comme le montrent des sources académiques (Zago 1972 ; Pottier 2007 ; Condominas 1968 : 95-96, 1998 : 106-115 ; Pottier 2007 : 115) la séparation de la santé et de la religion est relative. Elle est due à différents facteurs tels que les campagnes de développement sanitaire, les lignes politiques de l'état, l'ouverture du pays *etc.* Mais leurs liens restent pertinents pour comprendre le rapport des acteurs à la procréation, même dans le contexte urbain contemporain de Vientiane. Ce lieu a donc été choisi comme site principal du terrain pour plusieurs raisons : il rassemblait tout type d'acteurs, notamment des femmes autour des questions de procréation, il faisait le pont entre religion, procréation et santé, et il était, de surcroît, situé à côté d'un grand lieu de la procréation à Vientiane, l'hôpital MeLèDik (« la mère et l'enfant »).

Nous aurons donc l'occasion, à travers ce mémoire, de réfléchir à la pertinence d'une entrée par le religieux dans le cadre d'une anthropologie de la santé autour de la procréation.

III. Enjeux scientifiques

Les représentations et pratiques autour de la procréation sont des thématiques sociales transversales particulièrement adaptées pour une étude socio-anthropologique. Tout d'abord, la procréation est en soi un objet anthropologique universel, en ce qu'elle est une réalité indissociable de la vie des êtres humains et de leur survie en tant qu'espèce. Toute société entoure les étapes de la procréation de normes et de pratiques qui s'insèrent dans des grilles de lecture du monde aussi diverses que le sont les sociétés, les groupes et individus qui les composent. Ces pratiques font l'objet d'études anthropologiques partout dans le monde, qui contribuent à la compréhension locale de cet aspect fondamental de l'humanité, ainsi qu'à la mise à jour des universaux qui encadrent leurs déclinaisons particulières.

De plus, la procréation touche à de nombreux aspects de la santé (offre et recours thérapeutiques, système de soin, politiques de développement et de santé publique), mais est aussi une porte d'entrée vers l'analyse de la société dans son ensemble. Les pratiques et représentations de la procréation font en effet écho à la fois aux conditions sociales, aux problématiques économiques, aux conceptions de l'organisation sociale, mais aussi à l'histoire politique, à l'histoire de la médecine et du système de santé, et au dynamisme des représentations populaires et religieuses etc. La procréation est un objet qui permet à l'anthropologie de la santé de réaliser ses aspirations, à savoir ne pas étudier un phénomène de santé uniquement pour lui-même, mais comme un angle d'approche particulier pour l'analyse de la société elle-même.

Un des enjeux scientifique principaux de cette étude tient à son contexte urbain. En effet, au Laos en 2011, 67,7% de la population vivait en zone rurale, et 33,3% en zone urbaine¹³. La diversité des groupes socio-culturels présents sur le territoire, et la relative connaissance que la recherche en avait, a longtemps poussé les chercheurs à faire des recherches en contexte rural. De plus, la fermeture du pays depuis la révolution de 1975 jusqu'aux années 1990 n'a pas encouragé les recherches anthropologiques au Laos, et encore moins en contexte urbain. Enfin, le dit contexte urbain n'était, pendant longtemps, que très

¹³ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/la.html>

peu développé. Mais la récente ouverture du pays a vu naître l'explosion et le développement rapide des villes, et notamment de Vientiane. Cette capitale comptait moins de 300 000 habitants en 2005 (Vallée 2009) et 799 000 en 2009¹⁴, chiffres qui témoignent de l'expansion démographique rapide de cette ville. Vientiane est un centre urbain très dynamique, soumis à des changements rapides, des réadaptations et réinventions multiples, un brassage de populations (du Laos et d'ailleurs). L'augmentation démographique peut être attribuée à divers facteurs, notamment l'attrait de cette ville en termes d'emploi, de scolarisation¹⁵ et de services, qui se traduisent par une forme d'exode rural, comme en témoigne la diversité d'origine dans l'échantillon de 30 personnes interrogées pour l'enquête¹⁶. Au cours de mes recherches, j'ai pu observer que mes interlocuteurs étaient souvent étonnés par l'idée de faire de l'anthropologie à Vientiane, une ville aux aspects de plus en plus globalisés, alors que le pays regorgeait de groupes socio-culturels aux pratiques et représentations variées. En effet, les études anthropologiques menées dans le cadre de Vientiane ne sont pas nombreuses comparées aux études en démographie (Lévi 2009) et en géographie (Vallée 2008 ; Mobillion 2010 ; Peyronnie et al. 2006), et au vu de la vitesse de transformation de ce contexte, elles méritent d'être actualisées. Si les études démographiques de la santé de la reproduction à Vientiane ne manquent pas, les études anthropologiques devraient foisonner, explorant le contexte passionnant de dynamisme socio-culturel qu'offre Vientiane et ses habitants. Ainsi, ce travail de recherche vise à proposer des pistes d'analyses anthropologiques pour comprendre ce qui se joue autour de la reproduction dans ce contexte contemporain bien particulier qu'est Vientiane en regard du reste du pays.

Enfin, de par le mécanisme de la compréhension contextualisée et finalisée des pratiques et des représentations, l'anthropologie de la santé peut avoir un double enjeu : un objectif fondamental et un objectif appliqué. En effet, ce travail de recherche vise d'une part, à analyser les représentations et les pratiques mises en œuvre autour des questions de procréations à Vientiane, replacées dans un contexte global, et d'autre part, à affiner nos connaissances théoriques et ethnographiques sur ces questions à Vientiane, afin de créer un support sur lequel pourront s'appuyer des recherches ultérieures tournant autour des questions de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Cet objectif « appliqué » se distingue de celui de l'anthropologie appliquée à la médecine, puisqu'il ne s'agit pas ici de participer à la mise en œuvre d'un programme de développement, mais de

¹⁴<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/la.html>

¹⁵ Vientiane abrite les universités du Laos.

¹⁶ Des 30 personnes de l'enquête, seulement 9 personnes nous ont dit être originaires de Vientiane (2 personnes n'ont pas précisé).

faire un état des lieux pour donner les premières clefs d'une analyse anthropologique des impacts des programmes de développement, tel que ceux de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le contexte particulier de Vientiane.

En effet, en allant plus loin que la simple culturalisation, une étude anthropologique peut permettre une meilleure compréhension des logiques de pensées et des divers facteurs qui influent sur les représentations et pratiques autour de la procréation au Laos. Les résultats de la recherche, constituant un état des lieux contemporain sur les questions de procréation hors du VIH, pourront donner un aperçu des déterminants socioculturels et économiques à prendre en compte dans l'analyse de l'implantation des programmes de PTME, et permettre aux recherches ultérieures de contribuer à une meilleure adaptation de ces programmes à leur contexte.

Ainsi, ce travail de recherche se situe au cœur des problématiques actuelles du pays en pleine mutation qu'est le Laos, notamment à Vientiane. Ce projet est à la croisée des chemins entre les conséquences du processus historique, le rôle des influences socio-culturelles et religieuses « traditionnelles » sur les représentations, les changements sociaux et la modernisation du pays, ainsi que les confrontations avec les principes de développement occidentaux. Cette recherche se place également dans le cadre d'un courant d'anthropologie de la santé qui s'attache à comprendre les problématiques de santé du Laos actuel, dans ses paradoxes, son dynamisme, ses bouleversements, en lien avec les réalités sociales et économiques. Cette anthropologie, fondamentale par essence, peut aussi apporter un éclairage nouveau aux projets de développement puisqu'elle cherche à comprendre les enjeux contextualisés, sans les culturaliser, mais en les reliant à la réalité sociale actuelle.

IV. Problématique et hypothèses

IV.1 Problématique générale et questions de recherche collatérales

Sur le terrain, la recherche a été menée dans le but de répondre à une simple question : « Quelles sont les représentations et les pratiques associées à la procréation au sein de la population étudiée ? ». Cette interrogation a été le fil directeur d'une enquête qui, au fil des semaines et au cours de l'analyse, a soulevé d'autres interrogations, plus analytiques, auxquelles ce mémoire tâchera d'apporter des éléments de réponse.

Ainsi, nous verrons en quoi les discours et pratiques autour de la procréation à Vientiane nous amènent à nous pencher d'une part sur des questions plus vastes de l'anthropologie de la santé, et d'autre part sur des questions qui dépassent le cadre de ce champ thématique.

En effet, une ethnographie localisée des questions de procréation ne peut prendre sens que si elle est reliée au contexte global des problématiques qu'elle soulève, qui sont celles que s'attache à comprendre l'anthropologie.

À un niveau local, il faudra se demander comment les discours et les pratiques autour de la procréation à Vientiane s'inscrivent dans le contexte de changements sociaux, économiques et culturels dans lequel évoluent la capitale et ses habitants.

Il ressort du travail de terrain que les problématiques de la procréation que l'on rencontre à Vientiane sont à interpréter en fonction du contexte particulier de Vientiane et ne sont pas celles du reste du Laos. Il faudra analyser les déterminations socio-culturelles et économiques à l'œuvre dans les pratiques et représentations des informateurs, afin de dégager les logiques qui sous-tendent le rapport des acteurs à gestion de la procréation.

Au niveau de la recherche finalisée, dans quelles mesures un état de l'art des pratiques et discours autour de la procréation de la population générale peut-il permettre de soulever les enjeux d'un projet de recherche sur l'étude de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et de sa prévention ?

Les déterminants socio-culturel et économiques qui sont à la base des représentations et discours des acteurs de la population générale pourront fournir des éléments à des études sur la santé de la reproduction en contexte de VIH.

Enfin, dans une perspective méthodologique et disciplinaire, **nous réfléchissons à la pertinence d'une entrée par le religieux, au niveau du site principal de terrain, pour le traitement de ces questions de recherche par une approche en anthropologie de la santé** permettant de se pencher sur les enjeux socio-culturels, économiques, générationnels et politiques de la santé de la reproduction.

Il ne sera pas question ici de proposer une approche qui relèverait de l'anthropologie religieuse, mais de mettre en valeur la pertinence du site principal de terrain pour comprendre l'importance particulière que revêt le religieux dans la vie sociale et son rôle dans les représentations et pratiques attachées à la santé, et plus précisément à la procréation.

IV.2 Hypothèses

À travers l'enquête de terrain et le travail réflexif qui s'en est suivi, plusieurs hypothèses et pistes d'analyses ont été mises à jour.

- Ce travail a été l'occasion d'étudier les pratiques et représentations populaires concernant les différentes étapes de la procréation, dans le contexte urbain particulier de Vientiane. La spécificité de ce contexte se dégage des données, qui montrent des résultats différents (nombre d'enfants peu élevé, faible mortalité infantile et maternelle etc.) de ceux des données de la population du Laos. Les discours, qui se rapportent aux pratiques et conceptions religieuses (bouddhisme et culte des génies), aux pratiques populaires de gestion de la santé de la reproduction comme au recours aux systèmes de santé, sont dans une tension constante entre « pratiques d'avant » et « pratiques modernes ».

Ces discours sur la gestion de la procréation montrent que le recours aux thérapeutes et médicaments « traditionnels » est peu évoqué par les jeunes générations¹⁷ dans les entretiens. Le recours au système de soin « officiel » est lui plus évoqué par les jeunes générations, et justifié par la reprise de « slogans » qui semble témoigner de l'intériorisation des campagnes de développement, ainsi que du discours officiel du Parti. Enfin, les discours sur les pratiques populaires et domestiques de gestion de la procréation montrent des représentations et pratiques plus partagées au sein de la population interrogée.

Nous pouvons avancer l'hypothèse que les représentations et pratiques autour de la procréation sont inscrites dans un contexte de changements rapides à l'œuvre à Vientiane, carrefour où se croisent des influences socio-culturelles diverses. Dans ce contexte se reconfigurent les rapports au système de soin « traditionnel », officiel et populaire dans le cadre de la procréation.

- En parallèle, les jeunes étudiantes de Vientiane, futures candidates à la classe moyenne laotienne, semblent s'éloigner du mode de vie de la génération précédente, tout en appelant de leurs vœux le « respect de la tradition ». L'analyse des pratiques et représentations des étudiantes de l'enquête et de la génération de leurs mères semblent révéler un écart générationnel qui se situe dans le cadre des tensions entre d'un côté, développement rapide de

¹⁷ Personnes interrogées de moins 45 ans.

Vientiane et bouleversements socio-économiques, et de l'autre, tentatives d'encadrement de ce phénomène par un État communiste.

- Dans ce contexte, nous avancerons l'hypothèse d'un processus de médicalisation de la procréation révélé à travers les expériences et discours des informateurs. Entre « les mères » et « les filles », on passe de la gestion domestique à la gestion médicale, de la maison à l'hôpital, dans un processus que sous-tendent des changements dans les représentations à la base de la procréation (du « naturel » au « planifié »).

- Au fil de l'analyse, il ne faudra pas négliger l'hypothèse du « double discours ». En effet, au vu du temps court de l'enquête de terrain, la plupart des situations d'énonciation ont été marquées par mon statut d'étrangère. Ainsi, il faut prendre en compte le fait que les discours recueillis puissent être marqués par un discours formel voire « officiel », parfois même sous forme de slogan. Ce discours de surface pourrait provenir à la fois du discours du Parti et du discours du développement et doit être analysé en ce qu'il pourrait prendre part à la fois au processus d'intériorisation des campagnes de santé publique, mais aussi au processus de construction de la nation mis en place par le Parti.

- Enfin, l'analyse de la pratique du *yu kam*¹⁸ (revendiquée par toutes les femmes interviewées), des perceptions et applications que les acteurs en ont, devrait permettre de mettre en résonance les principales questions soulevés par ce travail. Derrière des « fonctions » physiologiques évoquées par les acteurs, les fonctions symboliques analysées par les commentateurs, il semblerait que la pratique de *yu kam* ait un rôle social déterminant. Tout d'abord, du point de vue des femmes, on peut émettre l'hypothèse que *yu kam* représente un cadre de gestion du post-partum à travers une intégration dans la famille et la communauté. À un autre niveau, *yu kam* est le seul stade de la procréation pour lequel les acteurs évoquent librement leur recours aux pratiques « traditionnelles » et populaires de soin. Cette pratique très répandue semble en effet être devenue un « espace » dans lequel la « tradition », reconfigurée dans le contexte contemporain de Vientiane, et tolérée par le parti, est valorisée comme signe d'appartenance au « peuple lao » et élément du processus de construction de la nation.

¹⁸ Opération de « grillage », qui consiste à allumer un feu sous la couche de la mère après l'accouchement, pour des raisons symboliques, pratiques et religieuses. On retrouve cette pratique au Cambodge et au Vietnam. Au Laos, après l'accouchement, la femme doit pratiquer *yu kam* entre deux semaines et un mois.

V. Plan de la dissertation

Ce mémoire sera organisé en deux parties, composées de trois chapitres. Dans la première partie (chapitres 1 et 2) nous nous placerons en amont des résultats de l'enquête, pour revenir sur l'origine, les cadres théoriques, le contexte et la méthode de la recherche, en adoptant un point de vue réflexif. La deuxième partie du mémoire (chapitres 3) sera consacrée à la restitution des données recueillies et à leur analyse à travers des questionnements plus larges.

Chapitre 1 : Ce premier chapitre est tout d'abord consacré à retracer l'origine et la construction de l'objet, avant le terrain et sur le terrain, pour ensuite en définir précisément les termes. Dans un second nous détaillons les inscriptions théoriques et disciplinaires qui ont encadré ce travail de recherche, puis nous explicitons les positionnements choisis et l'axe réflexif adopté.

Chapitre 2 : Ce chapitre est présenté en quatre parties qui traitent des cadres et de la méthodologie de l'enquête proprement dite. La première partie présente les cadres généraux dans lesquels s'est déroulée la recherche. La seconde partie décrit le site principal de terrain. La troisième partie propose un retour réflexif sur les choix et ajustements méthodologiques de l'enquête. La dernière partie s'attache à analyser la place du chercheur sur le terrain.

Chapitre 3 : Ce chapitre est composé de quatre parties qui présentent et analysent les données de l'enquête de terrain. La première partie est consacrée à la présentation des données recueillies par étapes successives de la procréation, en les confrontant aux travaux réalisés dans ce domaine. Dans la seconde partie nous analysons ces données à travers le prisme de l'offre et des recours thérapeutique dans le cadre de la procréation. La troisième partie présente l'étude de cas détaillée et l'analyse de la pratique de *yu kam*, pour ensuite proposer une lecture des différents usages sous-jacents de cette pratique, symboliques, religieux et sociaux. Dans la dernière partie analytique sont traités les thèmes de ruptures et continuités générationnelles qui font écho à l'évocation discursive du contexte contemporain en termes d'opposition instrumentalisée entre « tradition » et « modernité ». Cette partie se conclue par une analyse du phénomène de médicalisation qui s'inscrit dans ce processus.

Chapitre 1 – Autour de l’objet de recherche : origines, cadres et contextes

Dans cette première partie, nous nous attacherons à poser les fondements de cette recherche, en termes d’origines et de construction de l’objet, puis en la replaçant dans les courants théoriques et disciplinaires dans lesquels elle s’inscrit.

I. Origines et construction de l’objet

I.1 En amont

C’est au Cambodge, en 2010, qu’a débuté la réflexion qui nous mène ici. À l’époque étudiante en Master 2 d’anthropologie classique à l’université Paul Valéry – Montpellier III, j’ai effectué un terrain de recherche d’onze mois au Cambodge. Stagiaire « consultante en anthropologie », pour l’ONG DSF, je devais réaliser une étude motivée par les blocages et incompréhensions auxquels les membres de l’équipe étaient confrontés lors de la mise en œuvre de leurs projets de promotion de la prise en charge hospitalière de la douleur chronique. Ma tâche au sein de cette structure était de réaliser une étude sur les représentations de la douleur et de la souffrance auprès des patients et des médecins dans leurs services. J’ai donc réalisé un mémoire bibliographique en Master 1 sur cette question, ce qui m’a permis de me familiariser à la fois avec l’anthropologie de la maladie et le Cambodge, ainsi que de m’approprier ce thème de recherche et d’en définir les contours. Ensuite, j’ai réalisé mon Master 2 en deux ans, au cours desquels j’ai effectué deux séjours de terrain de 6

mois au Cambodge, dans le cadre de stages en tant que consultante en anthropologie de la maladie auprès de l'ONG DSF. Je devais évaluer leur projet en cours afin d'en mettre à jour les dysfonctionnements et de dégager des éléments de réflexion leur permettant de mieux comprendre les problématiques locales auxquelles ils se confrontaient dans leur projet de promotion et de mise en place de la prise en charge de la douleur chronique.

C'est à travers cette recherche sur la douleur chronique que j'ai commencé à me familiariser avec les questions liées au corps, aux fluides, à la maladie et la santé, à l'offre et au parcours thérapeutique. Enfin, ce premier travail de Master m'a permis de me familiariser avec l'Asie du Sud-Est, et notamment le Cambodge (langue, règles sociales, religion, histoire, problématiques contemporaines).

C'est dans ce contexte que le terrain de recherche m'a amené à m'intéresser à la procréation, et plus précisément aux pratiques populaires liées au post-partum au Cambodge. Il apparaissait dans les données recueillies que certaines personnes reliaient leurs douleurs chroniques au fait de ne pas avoir effectué la pratique du *ung plung*, aussi connue sous le nom générique de « grillage », qui consiste à rester, après l'accouchement, plusieurs jours sur un lit au-dessus d'un feu (Choulean 1982). Au Cambodge, des campagnes de santé publique lancées par divers organismes de développement dans les années 2000 ont visé à faire abolir cette pratique jugée dangereuse. C'est en réfléchissant à l'impact de ces campagnes et au recul de cette pratique que j'ai été amenée à faire des recherches de terrains exploratoires¹⁹ pour recueillir les discours la concernant, et à travailler sur les questions de procréation en lien avec les perceptions du corps et de la douleur.

Ainsi la base théorique constituée par cette recherche au Cambodge a été un atout pour le travail présenté ici, en ce qu'elle a donné des éléments de comparaison et des clefs d'analyse pour aborder une étude dans un pays voisin du Cambodge, le Laos, mais au contexte historique²⁰ et au peuplement différent²¹.

¹⁹ Non exploités dans le cadre de la rédaction du mémoire.

²⁰ Le Laos et le Cambodge, bien que toutes deux sous domination française, ont une histoire récente différente. Lorsque le Laos connaissait la révolution de 1975, le Cambodge était « libéré » par les khmers rouges. Si la révolution laotienne a été symboliquement violente, la population n'a pas subi le traumatisme du génocide qui se déroulait au Cambodge. Cependant, les deux pays ont été entraînés dans le sillage de la guerre du Vietnam et ont subi des bombardements massifs, qui marquent encore ces pays aujourd'hui.

²¹ Les Khmers qui composent environ 95 % de la population cambodgienne sont les descendants des populations austro-asiatiques qui peuplaient les montagnes se trouvant aujourd'hui au nord du Cambodge et au sud du Laos. Le Laos, lui, a été peuplé en petite majorité par des populations d'origines thai, dont font partie les Lao, qui partagent le territoire avec une mosaïque de groupes socio-culturels (cf. note 4), dont les populations mon-khmer, notamment les kamou, de même origine que les khmers, et qui peuplaient le Laos avant l'arrivée des populations thaïs ou hmong.

I.2 La pré-construction de l'objet

I.2.1 *Un projet d'équipe*

En 2012, j'intégrai le Master 2 d'anthropologie de la santé de l'université d'Aix-Marseille, avec l'idée de poursuivre les recherches que j'avais débutées sur les représentations et les pratiques de la douleur chronique au Cambodge²². Ainsi lorsque qu'Evelyne Micollier, avec qui j'étais entrée en contact concernant mon projet de recherche au Cambodge, m'a parlé d'un projet de recherche au Laos j'ai été rapidement intéressée. Il s'agissait d'un volet du projet IRD-ANRS²³, dirigé par Alice Desclaux, s'intéressant aux questions de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) : « L'enfant protégé par les antirétroviraux au sud. Analyses ethnologiques comparées (Sénégal, Burkina Faso, Laos) ». Evelyne Micollier était en charge du volet Laos avec Pascale Hancart-Petit. Participer à ce projet était une chance d'effectuer un stage à l'IRD de Vientiane, de participer à un projet d'équipe, ainsi qu'un moyen d'utiliser les expériences acquises au Cambodge. Cela me permettait en effet de travailler sur un terrain géographiquement et « culturellement » proche du Cambodge bien que politiquement très différent, et sur des questions de santé qui m'intéressaient. En effet, j'avais enquêté auprès de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) auparavant et j'avais commencé à m'intéresser aux pratiques post-partum en lien avec des questions de douleurs chroniques au Cambodge, à travers un terrain exploratoire.

Sur le principe, il fut rapidement convenu que j'effectuerai un stage de terrain au Laos en lien avec ce projet, entre janvier et avril 2013, dates soumises aux calendriers de l'université et du projet de recherche sur place. Le cadre institutionnel de la recherche devait donc être la participation à un projet d'équipe IRD à travers un stage.

I.2.2 *La Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME)*

Depuis 2008 on sait que le traitement bien maîtrisé chez les PvVIH (sans coïnfections) permet de rendre la charge virale indétectable, ce qui bloque la transmission du virus. Cette

²² Adeline Philippe, 2011, « Les voix de la douleur au Cambodge, approche socio-anthropologique *des pratiques et des représentations de la douleur chronique* », Sous la direction du Pr. Danièle Vazeilles (Laboratoire de recherche LERSEM EA 4584 – CERCE EA 4584 – E1), Université Paul Valéry – Montpellier III.

²³ Institut de Recherche et de Développement – Agence Nationale de Recherche pour le Sida.

stratégie prophylactique de prévention de l'épidémie par éradication des transmissions pose les questions d'accès aux traitements et de moyens de lutte, dans un contexte d'inégalité entre le Nord et le Sud. Dans le cadre de la PTME, les organismes internationaux rassemblés par ONUSIDA²⁴ en 2010 ont déterminé l'objectif de l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant pour 2015, partant du constat que les programmes de PTME existants ne réduisaient pas suffisamment ces transmissions. Si l'utilisation prophylactique de traitements pour les nourrissons et les mères était déjà plus ou moins mise en place, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé fin 2009 une stratégie visant à réduire le taux de transmission à moins de 5 % et reposant sur l'utilisation des antirétroviraux à titre prophylactique pour le nourrisson pendant toute la durée de la grossesse et la période d'allaitement, selon le niveau d'immunodépression de la mère (Desclaux et al. 2012). Depuis 2012, une nouvelle recommandation (« l'option B+ ») encourage à mettre sous traitement à vie toutes les femmes dépistées VIH+ durant la grossesse (quel que soit le statut immunitaire). En effet, la standardisation de ces stratégies prophylactiques semble être une solution adaptée pour lutter contre la vulnérabilité des femmes dans le contexte conjugal (si l'infection au VIH est bien traitée il n'y a pas de transmission) et pour leur permettre de gérer plus facilement les aspects de la PTME (notamment l'allaitement) sans s'exposer à la stigmatisation sociale. Cependant, ces recommandations soulèvent de nombreuses questions qui mériteraient une approche anthropologique. En effet, si elles semblent applicables dans les pays développés où la PTME fonctionne bien et l'accès aux traitements est envisageable, la faisabilité est relative dans les pays du Sud. Tout d'abord, cela suppose une forme de médicalisation « extrême » de la vie de ces femmes, avec les problèmes d'observance qui y sont liés (accès aux médicaments, transport, organisation etc.). De plus, cela nécessite l'adaptation des structures existantes de PTME (notamment la formation des équipes) dans des contextes où l'intégration de la PTME sous sa forme actuelle pose déjà problème dans un système de soins parfois fragile. Ensuite, cette concentration sur le « traitement » biomédical doit être accompagnée d'études précises sur les déterminants sociaux qui conditionneraient l'efficacité de l'approche, et ne doit pas prendre le dessus sur les formes de prévention transversales à la santé de la reproduction (prévention primaire...). Enfin, et principalement, cette stratégie de PTME soulève les questions du coût et de l'accès aux traitements pour certains pays qui sont actuellement complètement dépendants de l'aide extérieure dans ce domaine, et pourraient ainsi l'être encore plus, et plus probablement ne pas pouvoir mettre en œuvre ces recommandations.

²⁴ ONUSIDA (UNAIDS en anglais) est un programme de l'Organisation des Nations Unies (ONU) destiné à coordonner l'action des différentes agences spécialisées de l'ONU pour lutter contre la pandémie de VIH/sida.

Ainsi ces nouvelles stratégies invitent à de nombreuses réflexions, trop complexes pour être évoquées en profondeur ici, mais qui ouvrent la voie à nombres d'analyses anthropologiques, en ce qu'elles s'appuient sur les différents enjeux de la santé de la reproduction dans le cadre du VIH, et en impliquent de nouveaux. C'est à ces analyses anthropologiques que se consacre le volet Laos du projet IRD-ANRS dans le cadre duquel a été réalisé ce travail de recherche.

1.2.3 Le contexte général du projet IRD-ANRS au Laos

Il faut donc réfléchir aux conséquences des dernières recommandations internationales de PTME, dans les pays où la PTME « classique » commence à peine à être intégrée (programmes pilotes, inégalité entre les régions...), et où les données épidémiologiques elles-mêmes ne sont pas encore actualisées, en raison de taux de dépistage très faibles. C'est par exemple le cas au Laos, pays à prévalence « faible » (accès au dépistage très limité) évaluée à 0,2 % en 2009²⁵, où le nombre de femmes enceintes dépistées n'a pas augmenté depuis 2009²⁶. En 2008, 891 sites proposaient des services prénataux, dont seulement cinq pouvaient proposer des dépistages du VIH et des activités de conseil pour les femmes enceintes²⁷. Dans ce contexte d'écart majeur entre les réalités locales de la lutte contre l'épidémie et les recommandations internationales, il faudrait étudier localement les formes d'intégration des programmes de PTME et leurs conséquences sociales (pour tous les acteurs concernés), ainsi que les pratiques et déterminants socio-culturels et économiques de la santé reproductive hors contexte de VIH et en contexte de VIH. Cela permettrait de réfléchir aux possibilités d'adaptations réalistes des différentes recommandations sur la PTME.

Il a rapidement été déterminé que ma contribution au projet de recherche ne se concentrerait pas sur le volet VIH, et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, au Laos, ce projet de recherche ne pouvait pas être réalisé de la même façon que dans les autres pays du projet, principalement parce que le PTME n'y est que très peu développée et qu'il n'y a qu'une faible visibilité de l'épidémie. La politique gouvernementale concernant le VIH a longtemps été marquée d'un certain déni. En effet, le VIH n'est pas considéré comme un problème de santé majeur, chiffres officiels très bas à

²⁵ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/la.html>

²⁶ <http://www.aidsdatahub.org/en/country-profiles/lao-pdr>

²⁷ *Idem.*

l'appui²⁸. Les dépistages ne sont que peu développés il est donc difficile de connaître la situation réelle de prévalence. En conséquence, il y a peu de politiques publiques de prise en charge de la maladie à Vientiane. La principale est le CHAS (Programme National SIDA du Ministère de la Santé) qui assure la mise en œuvre du plan VIH et maladies transmissibles sous la tutelle du Comité National pour le Contrôle du SIDA (NCCA), en charge de définir les orientations stratégiques. Le CHAS est le principal interlocuteur institutionnel dans la mise en œuvre et le suivi d'un projet ESTHER²⁹/AFD qui, à travers le 6ème round du Fond Mondial, a permis depuis novembre 2007 de travailler à la mise à l'échelle du dépistage et au financement des traitements anti-rétroviraux et des infections opportunistes pour l'ensemble des patients. Malgré la présence d'autres partenaires techniques et financiers (L'Agence Française du Développement, la Banque Asiatique de Développement, USAID³⁰, l'OMS, l'UNICEF, et quelques ONG) ESTHER est le seul opérateur de terrain impliqué dans le domaine de la prise en charge, après le départ de MSF en 2009. Ainsi actuellement à Vientiane, deux hôpitaux publics distribuent des ARV³¹ et disposent d'un service d'hospitalisation VIH/SIDA : Mahosot et Setthathirat.

Ensuite, si le Laos s'est « ouvert » économiquement et politiquement, cette ouverture reste relative, notamment lorsqu'il s'agit de la recherche en anthropologie. Sans entrer dans une explication exhaustive de l'histoire du Laos, il faut rappeler que la République Démocratique Populaire Lao (RDPL) a été instaurée en 1975. Le Laos est depuis un État communiste dirigé par le Parti Révolutionnaire Populaire Lao (« Pathet Lao »), qui est un parti unique d'obédience marxiste-léniniste. Les principales relations du Laos étaient alors avec le Vietnam et la Russie. À partir de la fin des années 1980 le Parti engage un processus d'ouverture à l'économie moderne et d'intégration régionale. Le « nouveau mécanisme économique » (le « *chitanakarm mao* ») a été défini et adopté en 1986, lors du IVe Congrès du Parti, et cette nouvelle politique économique est le premier pas vers l'ouverture du Laos qui s'effectue réellement dans les années 1990, notamment par l'adoption d'une constitution en 1991. Le pays a normalisé ses relations avec les pays voisins comme la Thaïlande : il s'est ouvert au tourisme, a lancé des projets à vocation régionale (ponts, routes, centrales hydro-

²⁸ La prévalence du VIH/SIDA en RDP Lao en 2010 est estimée à 0,2% (0.1-0.4%) de la population des 15-49 ans. (<http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=la&v=32&l=fr> ; <http://www.esther.fr/nos-actions-dans-le-monde/laos>).

²⁹ En 2001, le gouvernement français a mis en place le programme « Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau » (ESTHER) avec d'autres partenaires afin de favoriser l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays en développement.

³⁰ United States Agency for International Development.

³¹ Antirétroviraux.

électriques et réseaux électriques) et s'est ouvert aux investisseurs étrangers. Enfin, il est membre de l'ASEAN³² depuis 1997. Cependant, quand il s'agit de politique, de sciences sociales ou de sujets jugés sensibles, la situation reste difficile, comme nous le verrons par la suite. Ce qu'il est important de savoir ici est que dans le cadre de ce projet de recherche, les autorisations sont très difficiles à obtenir, qu'il s'agisse de l'autorisation du projet ou des diverses autorisations d'accès aux structures de santé (Comité d'éthique, autorisations de divers ministères etc.). Ainsi lorsque j'ai défini les contours du projet de recherche avant mon départ, l'autorisation du projet était « en cours de signature », mais il semblait clair qu'au niveau de cette recherche de Master 2 il serait difficile de travailler auprès de femmes enceintes vivant avec le VIH.

La dernière contrainte à évoquer est d'ordre matériel. Le projet n'ayant pas été signé au Laos et n'ayant pas débuté, le départ sur le terrain a dû être retardé (au 10 février). Au vu du calendrier universitaire qui nécessitait mon retour début avril, l'étude de terrain se limitait à une durée de deux mois, une période très brève pour obtenir les autorisations nécessaires et effectuer une enquête ethnographique de bonne qualité.

1.2.4 La construction de l'objet

Lors de la préparation en amont du terrain, je ne disposais que de peu d'éléments « concrets ». Le projet était intitulé « les enfants protégés par les traitements antirétroviraux. État de l'art et analyse ethnologique de la PTME en RDPL ». Au vu du contexte laotien, il s'agissait en premier lieu de réaliser un état des lieux anthropologique de la question. Le projet s'articulait alors autour de quatre volets :

- l'analyse de la situation de la PTME au Laos ;
- les représentations et pratiques en lien avec les médicaments ;
- les représentations des liens entre VIH et antirétroviraux (ARV) et de leurs effets sur la transmission dans le cadre de l'ethnophysiologie des substances corporelles (anthropologie du corps et des fluides) ;
- les reconfigurations sociales et les problématiques de sociabilité pour les femmes.

³² Association of South East Asian Nations

Après discussion avec les deux chercheurs en charge du projet sur place (Evelyne Micollier qui est aussi ma directrice de recherche et Pascale Hancart-Petit), nous avons convenu que ma contribution serait l'occasion de faire un pré-état des lieux, d'amener les premiers éléments de réflexion, et de « préparer » le terrain pour la suite du projet. En effet, ni l'une ni l'autre n'avaient pu commencer les recherches de terrain faute d'autorisation, et je devais être la première à commencer. Au vu du temps qui m'était imparti, nous avons décidé qu'il serait plus stratégique de ne pas se focaliser sur les volets PTME et VIH mais de faire un état des lieux des pratiques de grossesse, accouchement, post-partum et allaitement à Vientiane, tant au plan bibliographique qu'à travers l'enquête de terrain. Le projet était au point zéro et il fallait lui donner ses premières bases.

Rejoindre un projet de recherche d'équipe déjà monté met le chercheur ou l'étudiant dans une situation particulière où il doit composer avec un objet donné, en définir les contours, se l'approprier, et s'en distancer pour construire son propre objet. De plus, le cadre d'un projet d'anthropologie « appliquée » met en perspective d'autres problématiques qu'il faut prendre en compte. Avec le peu d'éléments concrets dont je disposais, et l'incertitude organisationnelle qui planait sur le projet, la pré-construction de l'objet ne pouvait être qu'indicative et soumise au terrain. Dans un premier temps il fallait élargir l'objet afin de ne pas orienter les recherches dans une impasse. Ayant travaillé auparavant sur les représentations et pratiques de phénomènes de maladie, il me paraissait intéressant d'adopter cette même perspective dans l'étude des étapes de la santé de la reproduction. Ainsi, l'enquête devait s'intéresser aux représentations et pratiques collectives et individuelles autour des périodes de grossesse, de naissance, de post-partum et d'allaitement, au sein de la population générale, et ce à différents niveaux : l'accès aux services prénataux et structures de santé biomédicales, les relations entre personnel médical et patients, les recours aux soins domestiques et « traditionnels », les relations aux traitements biomédicaux, « traditionnels » et populaires etc.

Trois objectifs pouvaient alors être proposés pour la recherche de terrain :

- Observer et analyser les différentes représentations et perceptions de la grossesse et des pratiques de naissances et de post-partum, en lien avec les contextes socio-économiques, historiques, les origines sociales, le rapport au religieux, les représentations collectives et les expériences individuelles.

- Observer et analyser les différentes représentations et perceptions de la grossesse et des pratiques de naissances et de post-partum dans les structures de santé comme dans l'espace

domestique (représentations du corps et des fluides, rapports aux traitements et automédication, recours aux soins, pratiques post-partum, prescriptions alimentaires...).

-Fournir, à travers les observations et données de terrains, des éléments d'analyse et de compréhension des déterminants sociaux et enjeux de la PTME et des adaptations des recommandations internationales dans le contexte laotien.

L'enquête, pour des raisons pratiques avant tout, devait donc se faire dans la province, le district et la ville de Vientiane, en contexte majoritairement urbain, avec si possible des observations et entretiens en province. Les résultats de l'enquête ne seraient donc en rien représentatifs de l'ensemble du Laos. Concernant les lieux de l'enquête, il me semblait que les services de maternité ou de soins prénataux seraient les lieux les plus propices à la rencontre de femmes enceintes et à l'observation des interactions entre différents acteurs (femmes enceintes et entourage familial, personnels de santé, acteurs du développement...). Il fallait donc choisir un ou deux services hospitaliers, et compléter autant que possible les données recueillies dans ce contexte avec des entretiens et visites dans le contexte domestique des informateurs.

Le contexte urbain et cosmopolite de Vientiane (capitale et centre économique du pays au développement constant et rapide) devait permettre d'avoir accès à une population cosmopolite, originaire de Vientiane et des autres provinces du pays, se revendiquant d'appartenances « ethniques » variées, d'origines, de positions sociales et de niveaux d'études divers. Il semblait plus stratégique de ne pas faire de fine sélection *a priori* des types d'acteurs ciblés par l'enquête : des femmes laotiennes habitant (de façon permanente ou par intermittence) dans la province de Vientiane, de plus de 18 ans (pour des considérations d'éthique et d'autorisation), enceintes, ayant des enfants ou désirant en avoir, leurs compagnons et entourages familiaux, des personnels de santé et acteurs du développement, locaux ou étrangers.

Enfin, n'ayant que très peu d'éléments tangibles et de ressources bibliographiques accessibles sur le sujet, je n'ai pas formulé de problématiques ni d'hypothèses de départ, faisant le choix de me laisser guider par ce que je trouverais sur le terrain.

C'est sur ces bases que je suis partie sur le terrain, sachant que je n'avais encore aucune certitude quant à la structure de santé qui accueillerait l'enquête, puisque le projet n'avait toujours pas d'autorisation, et que nous n'avions pas encore trouvé d'assistante interprète.

I.3 Contexte et reconstruction de l'objet sur le terrain

I.3.1 Les blocages institutionnels

« Une des particularités de la pratique de terrain ethnologique, et qui n'est sans doute pas moins accusée dans le monde occidental contemporain, est le fait que l'entrée en relation avec les sujets est largement soumise aux conditions historiques et sociologiques de l'enquête. [...] Mais la prise en compte de la spécificité des conditions historiques d'observation doit en faire une donnée ethnographique. Elle n'est pas seulement un obstacle à l'enquête, elle est aussi une donnée de l'enquête. » (Fainzang 1994 : 10).

Dès mon arrivée à Vientiane, j'ai appris que le projet n'avait toujours pas d'autorisations, et que les espoirs de les voir signées au cours de mon séjour étaient vains. L'anthropologie de la santé au Laos est peu développée, et ce projet est une des premières études anthropologiques à se pencher sur des questions de VIH. Mes partenaires sur le terrain lisaient dans ces lenteurs administratives une possible réticence du gouvernement à encourager les recherches en sciences humaines dans ce domaine. Toujours est-il qu'ayant été intégrée au projet en tant que stagiaire IRD associée à l'étude, j'étais tributaire de ces autorisations pour mon enquête de terrain, sans lesquelles, je l'ai vite compris, les marges de manœuvres restaient limitées.

Les villes au Laos sont composées d'unités villageoises « *ban* » (ou quartiers organisés autour du *Wat*) à la tête desquels les « chefs » représentent l'autorité, relayée par une milice de quartier. Le régime a formé jusqu'à récemment les habitants de Vientiane à la surveillance et à la délation, pratiques encore développées aujourd'hui. Ainsi, malgré le grand afflux touristique, la plupart des chefs de village savent quel *falang*³³ habite dans sa juridiction, d'autant plus s'il est chercheur ou journaliste. La présence de certains anthropologues peut être questionnée, et sans autorisations gouvernementales la menace d'expulsion est évoquée. Il est donc inutile d'espérer faire une recherche « sous-terrain » discrète à Vientiane, et encore moins accéder aux structures de santé sans autorisations.

Si j'avais réalisé une recherche hors du cadre de participation à un projet institutionnel, j'aurais été plus « libre », du moins responsable, de mes mouvements et de mes options. Je portais cependant la « casquette » IRD, et ma seule « validité » officielle était ma convention de stage (j'avais un visa de tourisme, le visa de recherche étant inaccessible sans autorisations

³³ « Français », par extension « Occidental ».

de recherche). Ainsi mes actions ou « faux pas » pouvaient être imputé à l'IRD et mettre en péril tous les projets en cours. J'appris donc que je ne pouvais accéder à aucun service de santé, qu'une collaboration avec l'université de Vientiane était exclue, et que l'accès à une quelconque institution locale (ONG, association, institution publique) était très délicat, et reposait sur une négociation de mon statut. Je devais me présenter comme étudiante stagiaire à l'IRD, sans rattachement à un projet, en recherche bibliographique.

Ainsi, je devais reconstruire un projet de recherche, trouver une nouvelle porte d'entrée au terrain, et abandonner l'accès aux structures de santé. De plus, je n'avais que de très vagues notions de la langue (en partie issue de mes bases de khmer), et je n'avais pas encore rencontré ma potentielle traductrice. À cela se rajoutait une évidente contrainte de temps. L'anthropologue ou l'étudiant-chercheur doit alors composer avec « les conditions nouvelles de réalisation du travail empirique » (Leservoisier, Vidal 2007 : 7) que sont les appels d'offres, les projets de recherche portés par les institutions, où le temps est pris dans des considérations qui dépassent la volonté du chercheur.

Ma présentation officielle auprès des autorités de l'IRD de Vientiane est assez révélatrice des différents aspects évoqués, et des « rapports ambivalents que [les chercheurs] entretiennent avec les institutions internationales ou gouvernementales avec lesquelles ils sont amenés à travailler » (Bouillon et al. 2005 : 25). Ainsi il ne faut pas « dramatiser » ces rapports mais plutôt les « intégrer dans une démarche de "réflexivité constructive" » (*ibid.*). Le directeur étant absent la semaine de mon arrivée, nous avons convenu d'un rendez-vous dans les jours suivants. Ce que je ne savais pas c'est qu'il y avait eu un récent changement de direction. Après m'être présentée à son assistante, je rencontrai le nouveau directeur qui me dit « ne pas être au courant ». La convention de stage avait été signée par son prédécesseur. Je lui rappelai alors le contexte de ma présence et le projet auquel j'étais rattachée. À quoi il me répondit que, le projet n'ayant pas d'autorisation, il ne voyait pas ce que je pourrais faire. N'ayant pas eu le temps de construire un nouveau projet de recherche solide, je n'avais que peu d'éléments à lui proposer. Il insista sur le fait que je n'étais là que pour une courte période, que je n'avais pas de projet, et peu de marge de manœuvre (l'accès aux institutions locales étant presque exclu). Aussi justes que soient ces observations, j'étais là, et il fallait que je réajuste mes perspectives pour m'adapter aux nouvelles données du contexte. Or l'institution qui m'accueillait me reprochait ma situation tout en étant une des sources de blocage. J'évoquais l'idée d'enquêter dans une pagode, mais on me répondit que là aussi, j'avais besoin d'autorisation. Devant l'impasse de la situation, j'ai été autorisée à essayer de

« tester » la pagode, tout en restant discrète sur mon inscription institutionnelle. Je décidais alors de m'accommoder de ces éléments, et de prendre du recul vis-à-vis de la structure d'accueil et de son soutien relatif, afin de garder une certaine marge de manœuvre. Pour replacer les données dans leur contexte, il faut rappeler que le pôle anthropologie est très peu développé actuellement à l'IRD de Vientiane (deux chercheuses titulaires), et que les projets les plus significatifs sont développés dans les domaines agronomiques et environnementaux. Le projet PTME n'est encore que secondaire, puisque non débuté, et le pôle anthropologie ne fait pas l'objet d'attentions particulières. Ainsi, mes interactions avec les autorités de la structure d'accueil ont été minimales, mais j'ai en contrepartie poursuivi mes recherches dans la plus grande « tranquillité ». De plus, les deux anthropologues du projet m'ont soutenu tout le long de l'enquête, sur les cadres théoriques autant que pratiques.

1.3.2 L'improvisation du terrain et la reconstruction de l'objet

Au cours de la mise au point avec ma directrice de recherche sur la situation concrète et ses blocages, je réalisais que je devais trouver de nouveaux lieux de terrain. Le taux de fertilité au Laos, bien qu'en baisse depuis le milieu des années 1980³⁴, étant de 2,98 enfants par femmes en 2013, et la moyenne d'âge de la population d'environ 21 ans³⁵, trouver des femmes enceintes n'était pas le réel problème. Cependant il fallait trouver une porte d'entrée au travail de terrain. Au bout d'une semaine sur place, mon réseau de connaissance dans la population Lao restait réduit, et sans traductrice j'étais bloquée par la barrière de la langue. Avec un temps d'enquête plus long, j'aurais pu construire, peu à peu, un réseau d'interconnaissance, et rencontrer des lao anglophones et francophones. Mais ce n'était pas envisageable à ce point de l'enquête. Ma directrice de recherche a alors évoqué une pagode du centre de Vientiane, le Wat Si Meuang, qu'elle avait visitée. Cette pagode abritait le « pilier de la ville » (« *lak meuang* »)³⁶ Elle avait entendu dire que cette pagode abritait aussi la statue de Me si Meuang, entité protectrice de la pagode, qui était une femme enceinte sacrifiée lors de la fondation de la ville. Des informateurs lui avaient rapporté que de nombreuses femmes rendaient un culte à Me Si Meuang. Il était possible qu'il s'agisse d'un culte de fécondité, ou du moins qu'il ait trait à des questions de grossesse ou de désir d'enfant. J'ai donc décidé d'y

³⁴ L'indice de fécondité était de 3,06 enfants par femme en 2011 (http://www.indexmundi.com/fr/laos/indicateur_fecondite.html) et de 2,98 pour 2013 (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/la.html>).

³⁵ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/la.html>

³⁶ Selon la légende, à la création d'une unité villageoise dans la région de Vientiane, on enterrait un pilier « fondateur ».

faire des observations discrètes (car il faut aussi des autorisations pour enquêter dans une pagode), en attendant de trouver une interprète. En parallèle, j'ai consacré les deux premières semaines du séjour à la recherche bibliographique, mon expérience cambodgienne m'ayant appris que les références bibliographiques se trouvent le plus souvent sur place. Au vu des conditions, nous avons décidé que mon travail de terrain reposerait sur un état des lieux bibliographique de l'objet de recherche (j'étais par ailleurs en charge de faire une bibliographie du projet général), et une enquête exploratoire. À travers les bibliothèques de l'École Française d'Extrême Orient (EFEO), de l'Institut de la Francophonie pour la Médecine Tropicale (IFMT), et de l'IRD, j'ai trouvé de nombreuses références bibliographiques pour aider à la reconstruction de l'objet de recherche.

En parallèle, j'ai fait plusieurs demi-journées d'observation à la pagode, afin de me familiariser avec le lieu, son organisation, et les acteurs qui y évoluaient. Il était clair que la statue de Me si Meuang y attirait de nombreux jeunes couples avec enfant(s), des femmes seules, des étudiantes, des hommes. Je n'avais vu que peu de femmes enceintes, mais la configuration du lieu semblait propice à une enquête de terrain. L'enceinte des murs de la pagode protégeait des bruits de la ville. Le jardin et ses tables offraient un lieu isolé pour les entretiens et les discussions. Les différents acteurs présents (visiteurs, fidèles, bonzes, employés de la pagode) pouvaient constituer un panel d'informateurs intéressants. Je décidais donc d'improviser une enquête de terrain au sein de la pagode, ce qui revenait à réajuster la construction de l'objet en fonction de ce nouveau cadre et de ses spécificités.

A priori encore, le fond changeait peu, à savoir enquêter auprès des acteurs concernant leurs représentations et pratiques autour des questions de grossesse, accouchement, post-partum et allaitement. La différence notoire était l'accès au système de santé institutionnel et à l'observation des pratiques des acteurs dans ce contexte. Je décidais donc de me concentrer sur le discours des acteurs concernant leur recours au système de soins, et sur leurs pratiques quotidiennes dans le milieu familial et domestique. La pagode était un moyen de rencontrer des informateurs, et l'idéal était de pouvoir les revoir ensuite à leur domicile. Enfin, le lieu de l'enquête apportait une donnée imprévue autant qu'incontournable, à savoir le rapport au religieux dans le cadre des pratiques de grossesse, et les pratiques de santé populaires en lien avec les pratiques religieuses populaires.

Je décidais donc de « laisser jouer » le lieu et ses spécificités sur le déroulement de l'enquête, et de laisser parler les données des premiers entretiens pour orienter les questions de recherche, sur la base d'une méthode empirique.

II. Définitions et cadres théoriques

II.1 Définition de l'objet

Nous allons ici nous attacher à définir plus précisément l'objet de recherche et les termes du sujet, afin de donner une base solide à ce travail de recherche et d'éviter tout glissement de sens.

II.1.1 Autour de la procréation

Comme nous l'avons évoqué, la construction de l'objet de recherche, *a priori*, s'est fait autour des représentations et pratiques des acteurs autour de la grossesse, de l'accouchement, du postpartum et de l'allaitement. De plus, le principe était de laisser parler les données et le terrain. C'est ainsi qu'au fil du temps passé à la pagode, et du nombre d'étudiantes que l'on y croisait, il a paru essentiel de les intégrer à la population des personnes interviewées. À travers les entretiens, de nouveaux thèmes ont été abordés, touchant aux représentations du mariage, aux rapports hommes-femmes et à la sexualité, au désir d'enfant, à la contraception. Ainsi, à la fin du travail de terrain, l'objet de la recherche s'étendait de la conception du mariage et du désir d'enfant jusqu'à l'allaitement et la santé des jeunes enfants. Ces différentes « étapes » étaient liées par un fil conducteur. En effet, elles tournaient toutes « autour » de la procréation, plus ou moins directement : les jeunes femmes voulaient ou non se marier pour avoir ou non des enfants, la contraception est un moyen d'éviter, ou de planifier la reproduction, le postpartum est un cadre de gestion de la reproduction, l'accouchement est la mise en acte de la reproduction qui commence avec le rapport aux hommes et les pratiques sexuelles etc.

En effet, la procréation désigne l'action de procréer³⁷, c'est-à-dire d'engendrer, de mettre au monde. Or l'action de procréer est un processus, mécanisme de survie de l'espèce humaine, dont les règles de gestion locales sont transmises à une femme par l'intermédiaire du rôle social qui lui est attribué, dès son enfance, et qui prennent une part plus ou moins

³⁷ Par ailleurs, il est intéressant de noter le fait suivant. Une simple recherche sur « Google » pour le mot « procréation », renvoie sur la première page à trois entrées pour le mot lui-même, et sept entrées correspondant à la « procréation médicalement assistée ». Il semble presque rare d'utiliser ce terme pour lui-même, mais c'est le choix qui a été fait pour ce mémoire. Le terme de « procréation » ne sous-entend pas l'aspect de médicalisation qu'on lui attribue souvent, même s'il ne l'exclut pas.

importante tout au long de sa vie quotidienne jusqu'à sa ménopause, où souvent, elle aidera les générations suivantes dans leur gestion de la procréation. La procréation est aussi une affaire d'homme, puisque la contrôler, par l'intermédiaire de la maîtrise du pouvoir sur les femmes, signifie maîtriser le pouvoir de survie. En effet, Françoise Héritier a montré que « l'appropriation du pouvoir de fécondité des femmes, pouvoir qui est vital pour la constitution et la survie de toute société et qu'on se procure par l'échange des femmes entre groupes, s'accompagne du confinement des femmes dans le rôle maternel. On aura la Mère et la mère nourricière. » (Héritier 1996 : 232).

Ainsi, la procréation renvoie à un processus fondamental pour les sociétés humaines, processus pour la maîtrise duquel se joue la « valence différentielle des sexes » (Héritier 1996 : 15). Ce processus accompagne, voire détermine la vie des femmes et leur rôle social, et est connu et investi par les hommes. La procréation va, de fait, bien plus loin que l'engendrement d'un enfant, et concerne toutes les représentations et pratiques sociales à l'œuvre dans un contexte déterminé pour permettre la gestion de ce processus, en amont et en aval de l'engendrement d'un enfant. En ce sens, la procréation est un objet fondamental pour l'analyse anthropologique. Un objet qui est incessamment réactualisé, qui se décline de façon infinie selon les contextes, qui est à la base de la construction des rôles sociaux, et qui cristallise les représentations collectives et individuelles d'une société dans des pratiques qui sont très socialement encadrées. De plus, du point de vue de l'anthropologie de la santé, la procréation se situe à la charnière entre le populaire et le médical (même si le médical semble tendre à prendre le dessus de façon incontestable), et l'analyse anthropologique des pratiques et représentations sur lesquelles elle s'appuie peut nous renseigner sur les pratiques de gestion populaire de la santé comme sur l'offre et les recours thérapeutiques.

Nous finirons en rappelant que l'objet de recherche défini ici, les représentations et pratiques « autour de la procréation », se distingue de la « santé de la reproduction ». En effet, si ce travail a été réalisé dans le cadre de la participation à un projet de recherche de l'IRD, il a avant tout vocation de recherche en anthropologie fondamentale dont les résultats pourront servir de base à d'autres recherches plus opératives. Ainsi, il me semble capital de prendre de la distance envers les catégories préconstruites de la santé publique et d'épidémiologie afin de construire les propres catégories d'analyses sur lesquelles se base ce travail.

Ainsi, en étant borné « autour de la procréation », l'objet est à la fois suffisamment délimité et ouvert pour pouvoir saisir les différents enjeux qui traversent ce thème de recherche.

II.1.2 Les représentations et pratiques

Recueillir des données à travers le discours des acteurs, dont on tire les représentations et la description des pratiques qui en découlent, est un choix méthodologique qui soulève des interrogations et mérite d'être explicité afin d'éviter les principaux écueils et prénotions que l'on peut rencontrer sur le terrain.

Tout d'abord, il faut se demander pourquoi s'intéresser aux représentations. Pourquoi ne pas s'intéresser aux seules pratiques ? Parce que les pratiques parlent peu sans les représentations qui les motivent, ou qu'elles font naître. Aussi parce qu'on peut accéder aux représentations par les discours, ce qui ne confine pas l'enquête anthropologique à la seule observation.

Ceci dit, il nous faut définir plus précisément ce qui est entendu ici par la « représentation », ou plutôt, les représentations. Selon les dictionnaires, la représentation est une image, un signe, un symbole qui représente un concept. En philosophie, et notamment avec Platon dans le « Mythe de la caverne », la représentation est décrite comme une image imparfaite de la Vérité, de l'Idée. Ce concept a été repris maintes fois dans l'histoire de la philosophie. Mais si la représentation désigne une idée que l'on se fait du monde, elle exprime aussi le fait de communiquer cette idée, de la placer devant les yeux de l'autre. Il existe ainsi plusieurs modes de représentation, par l'image, le corps etc. Enfin, et c'est le sens qui nous intéresse ici, la représentation renvoie à la représentation mentale du monde extérieur en associant une perception à une idée, une catégorie de faits, un symbole ou un modèle explicatif. L'homme a en effet la faculté d'attacher des significations, de donner du sens aux objets, aux faits corporels, aux faits naturels ou biologiques. Cette faculté en appelle aux capacités proprement humaines d'abstraction et de symbolisation. Le concept d'« efficacité symbolique » évoqué par Lévi- Strauss (Lévi-Strauss 1958 : 205-2034) explique alors l'efficacité de ces représentations sur les pratiques. Il s'appuie d'ailleurs sur l'exemple d'un accouchement difficile chez les indiens *Cuna* du Panama, où le chamane peut être appelé à réciter un chant en cas d'échec d'intervention de l'accoucheuse. Dans ce contexte, « le travail est bloqué au début du chant, la délivrance se produit à la fin, et les progrès de l'accouchement se reflètent aux étapes successives du mythe » (1958 : 230). En effet, « que la mythologie du chaman ne corresponde pas à une réalité objective n'a pas d'importance : la malade y croit, et elle est membre d'une société qui y croit » (1958 : 226), ce qui permet au chamane de faire rentrer les douleurs de la femme dans une conception symbolique collective du monde. La représentation n'est pas qu'abstraction ; elle a un effet concret sur les

comportements des acteurs, et cela est vrai dans le domaine de la santé et de la procréation (comme par exemple la recherche de sens et de solutions face aux situations inextricables d'infécondité). Les représentations que se font les acteurs du système de soins influenceront par exemples sur leurs relations avec la médecine et les professionnels de santé.

Dans ce travail nous en appellerons essentiellement au concept de « représentation sociale » utilisé en socio-anthropologie, évoquant les images de la réalité collective fortement suggérées à l'individu par la société, qu'il adopte et remodèle selon son milieu d'origine et ses groupes d'appartenance, les éléments culturels qu'il mobilise, sa position sociale, économique et son expérience du monde. Nous pouvons adopter ici la définition de la sociologue de la maladie Claudine Herzlich « représentation : concepts et perceptions se fondent, images individuelles et normes sociales se rencontrent dans ce mode d'appréhension d'un objet ou de la réalité sociale. » (Herzlich 1969 : 23). L'auteur évoque alors l'étude de la représentation sociale de la santé et de la maladie que nous utiliserons de façon significative, du fait des liens avec les représentations de la souffrance et de la douleur. Elle continue ainsi « par représentation de la santé et de la maladie, nous entendrons l'élaboration psychologique complexe où s'intègrent, en une image signifiante, l'expérience de chacun, les valeurs et les informations circulant dans la société. » (*Ibid.*).

Pour finir sur la notion de représentations, il est nécessaire de se pencher sur les prénotions véhiculées par le sens commun et le savoir médical, pour éviter les attitudes les plus répandues : mettre de côté les composantes socioculturelles de la procréation au profit de ses composantes biologiques et médicales ou culturaliser les représentations et pratiques autour de la procréation en oubliant les composantes sociales et économiques. Enfin, il faut prendre garde à ne pas minimiser les représentations collectives au profit des représentations personnelles. Ces données doivent être couplées avec résonnances sociales et les contextes collectifs socioculturels et socio-économiques plus larges.

Nous nous intéresserons ainsi à la multiplicité de ces représentations à leur efficacité symbolique sur les comportements, à leurs rôles dans la société laotienne. Il semble alors évident de s'intéresser, dans le même temps, aux pratiques des acteurs, en ce qu'elles ne peuvent être coupées des systèmes symboliques dont elles se nourrissent, et donc des représentations collectives et individuelles des acteurs. Par pratiques, j'entends ici les actions concrètes des acteurs autour des situations de procréation (par exemple pour faire face à une impossibilité d'avoir des enfants, ou bien pendant la grossesse, pour l'accouchement ou le

postpartum) en termes de recours aux systèmes de soin, de rapport au médicaments, de gestion domestique, de recours religieux etc.

II.2 Inscriptions et cadres théoriques

D'un point de vue théorique, nous nous proposons de détailler ici les cadres disciplinaires et les courants dans lesquels s'inscrit ce travail. En effet, cette inscription mérite d'être évoquée en ce qu'elle conditionne avant tout le savoir théorique a priori que se construit le chercheur et par là-même influence la construction de l'objet de recherche.

Le contexte actuel du Laos et de Vientiane en particulier, un espace urbain en pleine mutation socio-économique, nécessite une approche anthropologique de type dynamique qui soit capable de prendre en compte les phénomènes de mutations, acculturations, syncrétismes à l'œuvre dans ce contexte et en relation avec les représentations autour de la procréation.

II.2.1 Anthropologie de la santé

Ce travail relève avant tout l' « anthropologie de la santé », telle que l'a définie Didier Fassin (2000), et s'appuie aussi sur des éléments de l' « anthropologie de la maladie » de Marc Augé (1986) et Sylvie Fainzang (2000). Ceci dit, je commencerai par rappeler le contexte des approches contemporaines de l'anthropologie de la santé, pour présenter ensuite certains de ses principes.

II.2.1.1 Les approches contemporaines de l'anthropologie de la santé

Intéressons-nous maintenant aux approches contemporaines de l'anthropologie de la santé dans laquelle s'inscrit ce mémoire. Cette anthropologie étudie les phénomènes de santé et de maladie dans le contexte postmoderne, qu'on peut caractériser schématiquement par la combinaison de l'ère postcoloniale, de la globalisation des flux humains et économiques à travers l'évolution rapide des moyens de communication, de la globalisation du modèle économique néo-libéral et de nouvelles formes de subjectivation. Dans ce contexte, « les individus s'individualisent et les références se mondialisent » (Desclaux 2003 : 2). Cette postmodernité est le théâtre du creusement des inégalités entre le Nord (« développé ») et le Sud (« en développement »), mais aussi à l'intérieur de chaque pays. La colonisation a été remplacée par de nouvelles formes de dominations économiques, qui se traduisent entre autre

par l'endettement des pays du sud, les phénomènes migratoires, l'urbanisation « sauvage », l'émergence globale de nouvelles classes sociales urbaines de laissés pour compte, le « développement » international etc. La conception de l'État et de la souveraineté politique a aussi évolué en fonction de ce contexte. Il en va bien sûr de même pour le champ de la santé, qui voit l'universalisation de la biomédecine et de la standardisation qui la caractérise, et qui voit l'émergence du pluralisme médical et la diversification de l'offre de soins à travers les diffusions et recompositions de systèmes médicaux « traditionnels », le développement d'une globalisation de la santé (OMS), de l'industrie du développement et d'un marché mondial de la santé (industrie pharmaceutique) face aux enjeux de la lutte contre la pandémie du sida.

Ce contexte postmoderne a poussé les sciences sociales en général, et l'anthropologie en particulier, vers de nouveaux questionnements épistémologiques (anthropologie de la globalisation), de nouvelles méthodes (remise en question de la notion de « terrain » dans un contexte de flux globalisés), de nouveaux objets et de nouvelles approches. On peut citer les *sciences studies* (Bruneau Latour) qui proposent de faire une ethnographie des sciences qui n'isolerait plus le savoir de son contexte sociologique d'énonciation, puisqu'on ne peut comprendre le monde sans utiliser les concepts créés dans un contexte scientifique donné. Ainsi les *sciences studies* ont contribué à l'émergence de l'approche de la biomédecine comme système médical parmi d'autres dont le contexte et le contenu doivent être étudiés. L'anthropologie de la biomédecine se développe alors, proposant une approche critique qui mène par exemple à l'étude des parcours thérapeutiques, du pluralisme thérapeutique et des interactions entre la biomédecine et les différents systèmes médicaux, comme le fait Laurent Pordié (2005). Elle mène aussi à l'étude des enjeux de la biomédecine entre le local et le global (marché de la santé, humanitarisme médical et développement, politiques mondiales de la santé, prévention et lutte VIH) auxquels s'intéressent de plus en plus l'anthropologie de la santé³⁸ et l'anthropologie critique du développement (Olivier de Sardan 1995). On parle en effet de circulation mondiale des modèles de santé (procédures, méthodes, idéologies) : les instruments de mesure (indicateurs), les notions (groupes à risque, principe de précaution), et les programmes (campagnes de vaccination ou d'éducation sanitaire) sont des produits des relations scientifiques et politiques internationales. Certains objets ressortent particulièrement tels que la médicalisation des sociétés comme trait caractéristique de la période postmoderne (Rose 2007) et signe du pouvoir médical, ou encore l'importance du biologique dans le politique et les nouvelles formes de subjectivations. Dans ce domaine, les analyses de

³⁸ Didier Fassin parle de « *globalisation de la santé* » (Fassin 2000).

Foucault ont été fondamentales aux réflexions de l'anthropologie de la santé. Retenons la notion de « bio-pouvoir » (1976 : 177-191) qui renvoie à une rupture majeure dans la généalogie de l'ordre politique occidental : le passage d'un régime de souveraineté à un régime de bio-pouvoir. Dans le régime de souveraineté, le pouvoir se qualifie par l'exercice de faire mourir et laisser vivre (le droit de tuer). Dans le biopouvoir, la vie devient l'objet et l'enjeu du pouvoir (faire vivre et laisser mourir) et se réfléchit dans le politique. C'est le seuil de modernité biologique d'une société où le pouvoir souverain est celui d'administrer des vies, de les discipliner (armée, école), d'en contrôler le nombre, de les allonger (santé publique, médecine). De plus le bio-pouvoir n'est pas imposé de l'extérieur mais s'apparente à une contrainte intégrée, puisque le pouvoir ne s'exerce plus sur le corps mais est internalisé dans le corps à travers la subjectivation des individus pour se constituer en sujet politique. Cette notion a été le tremplin pour une série de questionnements en anthropologie de la santé sur les formes de subjectivations par le biologique³⁹. Ainsi, ces nouveaux objets et approches sont constitutifs de l'évolution de l'anthropologie de la santé contemporaine et de son orientation critique.

II.2.1.2 L'anthropologie de la santé selon Didier Fassin

Ce mémoire de recherche s'inscrit dans le cadre théorique de l'anthropologie telle que la définit Didier Fassin dans son article « Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé » (Fassin 2000). Selon lui, l'objet de l'anthropologie de la santé réside donc dans les « biologiques », c'est-à-dire les logiques sociales qui mettent les corps à l'épreuve du politique. Il inscrit sa théorie dans une approche foucauldienne en analysant la théorie du bio-pouvoir⁴⁰. En effet, il se distingue des approches de l'anthropologie médicale classique (Fassin 2000 : 11)⁴¹ et présente les différents courants qui ont reconfiguré l'anthropologie autour de la maladie : l'anthropologie de la maladie, définie par Marc Augé (1986) et Sylvie Faizang (2000)⁴² pour qui l'anthropologie de la santé ne peut pas être un domaine séparé de l'anthropologie ; l'anthropologie de l'expérience (Good et

³⁹ Cf. Giorgio Agamben et le concept de « *vie nue* », Adriana Petryna et « la citoyenneté biologique », V.K. Nguyen et la « citoyenneté thérapeutique », Nancy Sheper-Hugues et Loïc Vacquant et la « citoyenneté médicale », Didier Fassin et la « bio-légitimité » etc.

⁴⁰ FOUCAULT M., 1976, *Histoire de la sexualité. 1. La volonté de savoir*. Paris, Gallimard, pp. 177-191 : « Ce qu'on pourrait appeler le "seuil de modernité biologique" d'une société se situe au moment où l'espèce entre comme enjeu dans ses propres stratégies politiques. »

⁴¹ Pour cette référence bibliographique, la pagination est celle de la version publiée par « Les classiques des sciences sociale », accessible en ligne :

http://classiques.uqac.ca/contemporains/fassin_didier/Entre_pol_vie_et_pol_vivant/entre_politique_vie.pdf

⁴² Cf. Annexe 1.

Kleinman) qui s'intéresse aux récits des malades et aux représentations des médecins ; et l'anthropologie médicale critique (Taussig et Sheper-Hugues) qui propose une lecture de la médecine comme pratique de domination et de la maladie comme « manifestation de l'ordre social » (Fassin 2000 : 12). Selon lui ces trois courants montrent la volonté de remettre en cause l'anthropologie médicale classique et de « placer les questions posées aux sociétés par la maladie au centre des préoccupations de l'anthropologie » (Fassin 2000 : 15). Il leur reproche cependant de ne pas s'intéresser suffisamment aux enjeux politiques contemporains de la santé et les questions sociales ordinaires.

Il propose alors de définir « l'espace de la santé » (Fassin 2000 : 15) autour de trois axes :

« l'incorporation de l'inégalité, réalisant l'inscription de l'ordre social dans les corps, qu'il s'agisse, par exemple, de marquage rituel dans des sociétés traditionnelles ou de disparités devant la mort dans les sociétés contemporaines ; le pouvoir de guérir, procédant de la légitimation de groupes reconnus compétents à intervenir sur la maladie, que l'on pense à des chamanes, à des marabouts ou à des médecins ; le gouvernement de la vie, enfin, mettant en œuvre la gestion collective de la santé comme bien public, depuis les pratiques propitiatoires antiques jusqu'aux programmes modernes de prévention. Au fond, il s'agit de constituer une *anthropologie politique de la santé* se déclinant respectivement en anthropologie politique du corps de la médecine et de la santé publique. »

En effet, Fassin est le premier à avoir prôné une pratique de l'anthropologie de la santé dont l'objet se trouve dans les « bio-logiques », c'est à dire les logiques sociales qui mettent les corps à l'épreuve du politique. Pour Fassin, le corps individuel est toujours social et politique et il faut s'interroger sur l'incorporation des inégalités dans les corps. L'anthropologie de la santé doit questionner les deux facettes de la bio-politique : la « *politique du vivant* », qui « s'efforce d'appréhender les transformations de l'humain par les biologiques », et la « *politique de la vie* », qui « tente de montrer les biologiques à l'œuvre dans la production de l'homme et de ses droits » (Fassin 2000 : 29-30). Il développe notamment le concept de « bio-légitimité » qu'il tire de la notion de « bio-pouvoir » de Foucault. Selon Fassin, la vie est devenue un enjeu crucial de la mise en œuvre de politiques et de la définition du politique. La bio-légitimité est cette « priorité donnée au vivant dans le gouvernement des affaires humaines. » (2000 : 22). Cette notion implique « une reconnaissance de la personne qui passe par la reconnaissance du corps altéré ou souffrant » (*Ibid.*) que ce soit dans le cas du traitement des étrangers malades (Ticktin 2011), ou à travers

la logique humanitaire qui fait de la vie, voire de la survie, la justification ultime de l'intervention.

Ainsi, ce cadre théorique donne des clefs pour analyser les processus et phénomènes à l'œuvre sur le terrain de recherche, comme le processus de médicalisation, les campagnes de développement et notamment les campagnes dédiées à la prévention de la mortalité maternelle ou de la PTME.

Pour terminer, je préciserai qu'en m'appuyant sur M. Augé, S. Fainzang et D. Fassin, je m'inscris ici dans l'approche de l'anthropologie de la santé comme une porte d'entrée pour l'analyse des enjeux sociaux et politiques contemporains. En effet, selon Fassin « la pertinence d'une anthropologie de la santé peut ainsi s'apprécier à la mesure de sa capacité à rendre intelligibles des enjeux qui dépassent le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler le secteur de la santé » (2000 : 27). C'est ce que nous essaierons, à notre niveau, de faire au long de ce mémoire.

II.2.2 Une anthropologie du corps et des fluides

Lorsque l'on s'intéresse à la procréation, le corps devient un objet essentiel. Il est en effet au centre des questions de procréation et sert de support de symbolisation.

M. Douglas, dans *De la souillure : essai sur les notions de pollution et de tabou* (2001), ouvre la voie de l'anthropologie du corps, à travers ses analyses de la gestion de la substance corporelle. Elle montre ainsi que le corps est la matière symbolique du social. En effet selon elle le corps est le symbole de la société et la société est représentée par le corps. Pour comprendre le corps, il faut comprendre la structure sociale. Cet ouvrage a ouvert la voie à une analyse du corps comme site privilégié pour comprendre la société, en tant qu'il est sa matière signifiante. Il a aussi ouvert la voie à l'analyse des systèmes symboliques autour du corps et de la souillure, en arguant que la saleté, « c'est quelque chose qui n'est pas à sa place », car « là où il y a saleté, il y a système » (Douglas 2001 : 55). Ainsi la souillure, dans le cas des substances corporelles serait associée à des éléments déplacés hors de systèmes de classifications.

De là, l'anthropologie peut adopter deux points de vue : étudier l'inscription du social dans le corps, ou étudier le corps et les fluides pour en tirer les systèmes de représentations socio-culturel des sociétés.

Concernant l'étude des inscriptions du corps social sur le corps matériel, on peut citer P. Clastres, « De la torture dans les sociétés primitives » (Clastres 1974). Selon lui, les sociétés ont cherché des moyens pour maintenir la mémoire de la dureté de la loi, moyens qui, dans les sociétés « primitives » passeraient par l'écriture de la loi sur le corps à travers les rites de passage initiatiques. Ainsi la société imprime sa marque sur le corps des jeunes gens, qui devient mémoire de la société et signifie une appartenance sociale. La loi inscrite ainsi sur le corps ne peut être oubliée. De plus, cette inscription du social dans le corps marque le refus, selon Clastres, de la division, et est la marque des « sociétés contre l'Etat ».

D'autres travaux, dont ceux de Fassin, arguent que le social ne s'arrête pas à l'extérieur du corps, car il touche aussi l'intérieur du corps. En effet, dans *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie* (Fassin 1996), il propose une anthropologie politique du corps qui s'attacherait à « l'étude du passage d'un marquage sur les corps de l'ordre de la société à son inscription dans les corps, autrement dit l'histoire de l'incorporation de l'inégalité » (1996 : 44). Selon Fassin, dans les sociétés traditionnelles l'ordre social et les inégalités sociales ne s'inscrivaient pas dans les corps, mais sur les corps, à travers les blessures et mutilations. Il montre que c'est en parallèle au développement de l'industrialisation et de l'urbanisation que ce seraient développées des inégalités inscrites dans le corps, dans l'espérance de vie ou la maladie. L'ordre social n'est plus marqué sur mais inscrit dans le corps, et le biologique devient un support d'inscription du social, à travers la transcription des différences sociales dans les problèmes de santé, et notamment la prévalence des maladies selon les conditions sociales. Il montre ensuite que plus tard, l'intervention de l'État dans le champ de la santé publique, à travers les biologiques, poursuit ce processus, à travers, par exemple, la reconnaissance de la personne par la reconnaissance du corps souffrant.

Dans une autre optique, F. Héritier a développé une anthropologie symbolique du corps et des affects, qui passe par l'étude du corps, des fluides. Selon elle, « le corps est le point d'ancrage de la pensée et de l'ordre social » (Héritier 2003 : 9). Elle a particulièrement étudié le système de représentation autour de la procréation (fécondité, grossesse, accouchement, allaitement) en se basant sur l'étude des fluides, de leur origine, de leur interaction, notamment le sang, le sperme, le lait chez les *Samo* du Burkina-Faso. À travers ces questions, elle se penche sur les « rapports qu'entretiennent le masculin et le féminin dans la fabrication d'un être nouveau » (Héritier 2003 : 12), et sur les interactions de l'identique et du différent, en terme de fluides corporels et du système de classement chaud/froid – sec/humide – masculin/féminin.

«La matière première symbolique est bien le corps. La mise en contact intime des corps est nécessaire pour procréer, et il n'existe pas de sociétés humaines où l'on ne pense et n'articule le fait que, lors de cette mise en contact, les substances humorales sont amenées à se toucher, à circuler l'un l'autre, voire à s'échanger. Le discours sur les humeurs du corps est toujours inscrit dans l'ensemble des représentations propres à chaque société. À chaque fois, le système d'interprétation fait sens en tant qu'instrument de traduction cohérente et ordonnée des faits observables. » (Héritier 2003 : 13)

La question des représentations du corps et des fluides est donc capitale dans l'étude de la procréation, car elle permet d'accéder au système d'interprétation général sur lequel se base l'organisation sociale, et ce pour les sociétés occidentales comme « traditionnelles », à différents niveaux selon les contextes.

De plus, analyser le système des fluides corporels semble fondamental pour comprendre ce qui se joue autour de la procréation dans des contextes donnés. En effet, les fluides et leur interaction sont à l'origine de la création de l'enfant (même si c'est souvent l'homme qui a la responsabilité principale de cette conception). L'enfant naît du sang, du sperme, de la mise en contact des fluides, du même et du différent, du masculin et du féminin. F. Héritier s'intéresse aussi à la question des interdits sexuels dans le cas de l'allaitement, qui rentrent dans le cadre de la mise en contact du lait avec le sperme ou le sang des menstruations, rompant l'équilibre humoral de cette étape de la procréation et gâtant le lait qui rend l'enfant malade (Héritier 2003, 1996). Ces conceptions, que l'on retrouve dans de nombreuses sociétés, amènent aussi à étudier la mise en contact des fluides dans le corps et les théories humorales qui y sont attachées, qui sont le substrat et la théorie explicative de la procréation, mais aussi du système d'interprétation des maladies, et ce dans les sociétés « traditionnelles » comme occidentales. En effet, F. Héritier n'est pas étonnée par le fait que ces systèmes interprétatifs (chaud/froid – humide/sec – théorie sur le contact des fluides, leurs origines, la création de l'enfant, l'allaitement etc.) puissent se retrouver dans des sociétés géographiquement et culturellement éloignées : « La contrainte initiale physique de l'observation du même donné naturel qu'est le corps humain fait qu'en des lieux et à des époques diverses ont été élaborées de façon indépendante des théories explicatives étonnamment proches les unes des autres » (Héritier 1996 : 141). Ainsi, dans le cadre de l'étude des représentations du corps, de la mécanique des fluides et des humeurs autour de la procréation, appliquée aux données de terrain, les travaux de F. Héritier en la matière constitueront un cadre théorique pour ma propre analyse.

L'anthropologie du corps et des fluides est inhérente aux approches de l'anthropologie du sida. En effet, les stigmates de cette maladie, et l'affaiblissement progressif qu'elle provoque posent des questions anthropologiques sur le rapport au corps dans les représentations de la maladie. De plus, les modes de transmissions de l'épidémie (sang, sperme, lait maternel, liquide pré-séminale et sécrétions vaginales) sont basés sur ces fluides corporels hautement chargés en symbolisme, ce qui joue beaucoup sur les représentations attachées à la maladie.

II.2.3 Une anthropologie du sida hors du sida : un état de l'art

II.2.3.1 À propos de l'anthropologie du sida

Nous ne ferons pas ici un historique détaillé de l'épidémie, mais nous contenterons d'en placer les cadres, en lien avec la recherche en anthropologie. Dans le contexte du développement de la pandémie du sida à partir des années 1980⁴³, toutes les sciences se sont tournées vers cette épidémie. Les sciences sociales, bien que peu sollicitées au début, ont eu leur rôle à jouer pour en comprendre les enjeux multiples. Cette nouvelle maladie, autant par son apparition (qui touche aux frontières entre l'homme et l'animal), que par ses modes de transmissions (fluides corporels, voie sexuelle, comportements catégorisés comme « déviants »), son caractère irrémédiable (pas de vaccin, on ne guérit pas), et les stigmates qu'elle imposait s'est révélé un objet de recherche fondamental pour l'anthropologie.

De plus, dès le début de l'épidémie, c'est une maladie qui « réforme le social ». La société civile s'est mobilisée, les solidarités se sont organisées. Cette maladie a réformé l'institution médicale-même en remettant en cause la barrière médecins-patients. En effet, on a vu émerger des patients-experts, dont le savoir sur leur propre maladie était plus développé que celui des médecins à ce stade de la recherche, et dont l'expérience de la maladie était reconnue. En Europe, les trithérapies ont fait leur apparition en 1996, et ont introduit un changement radical dans le profil de l'épidémie. L'état de santé des personnes sous traitements s'améliorait, ainsi que leur espérance de vie. Il fallait alors faire face à de nouvelles problématiques : la réinsertion dans la vie sociale et professionnelle, la gestion quotidienne de la maladie et des traitements, les questions de stigmatisation etc.

⁴³ Diagnostic de la pathologie a été fait en 1981 aux USA, et l'identification du virus en 1983.

À travers ces enjeux, l'anthropologie s'est engagée dans la recherche sur le VIH, et ce sur tous les domaines, et tous les contextes : anthropologie des représentations de la maladie, de l'expérience de la maladie, de la stigmatisation (Desclaux 2003, 2012), de la mobilisation de la société civile (Micollier 2005a ; Gnep, Bourdier 2011 ; Bourdier, Bureau 2010 ; Micollier 2011), anthropologie du médicament, anthropologie du corps et de la sexualité (Micollier 2005b), anthropologie des programmes de prévention et de santé publique (Desclaux, Alfieri 2008 ; Hancart-Petit 2006, 2008), ethnographie des lieux de soin, anthropologie des maladies chroniques, anthropologie de l'expérience (Le Marcis 2010).

Petit à petit se sont mis en place des programmes nationaux et internationaux, et des institutions financières pour soutenir la lutte contre l'épidémie dans les pays de Sud (Fond Mondial de lutte contre le sida), constituant ainsi une « santé mondiale », et une industrie mondiale de la santé. Les pays du Sud, véritables laboratoires pour les programmes de prévention et les traitements, ont commencé à accéder aux ARV. Aujourd'hui, la situation entre les pays du « Nord » et du « Sud » reste très inégalitaire - notamment sur les questions de politique interventionniste internationale et d'accès au traitement, pour des raisons financières en grande partie. De plus, les modèles de lutte contre l'épidémie ont évolué, et le nouveau paradigme repose sur l'utilisation des traitements. Depuis 2008, on sait qu'un traitement bien maîtrisé empêche les coïnfections et réduit la charge virale jusqu'à la rendre indétectable, ce qui bloque la transmission du virus. La fin de l'épidémie, selon les nouvelles stratégies des institutions mondiales de lutte, passera par les généralisations des traitements à toutes les personnes séropositives, afin d'« enrayer les transmissions » interindividuelles.

Souvent, les programmes de préventions n'ont pas eus les effets espérés, parce qu'ils stigmatisaient la population⁴⁴, ou n'étaient pas adaptés aux déterminants socio-culturels et au système de santé mis en place localement, ou encore parce que les conséquences sociales n'avaient pas été suffisamment prises en compte. Ainsi, les études anthropologiques des programmes de prévention du VIH se sont multipliées (Desclaux 2011b ; Desclaux, Alfieri 2008 ; Hancart-Petit 2008), afin de permettre une meilleure analyse et adaptation de ces programmes aux réalités locales. En parallèle, les stratégies de prévention basées sur les

⁴⁴ Selon Gausset (2009), certaines pratiques de prévention et de prise en charge du VIH/sida au Burkina Faso (mais qu'on retrouve dans de nombreux contextes) conduisent à des formes de stigmatisation. Il évoque par exemple l'association de la maladie à des pratiques sexuelles « déviantes » par les messages de prévention des campagnes « ABC » (Abstain, Be faithful, or else use Condom). Ces campagnes ont eu pour conséquence d'attacher le préservatif à l'infidélité. Ainsi proposer d'utiliser un préservatif au sein d'un couple engendre la suspicion d'infidélité, et refuser est un moyen de se présenter comme respectable. Ainsi ces campagnes ont alimenté la discrimination des personnes utilisant les préservatifs tout en en faisant la promotion

traitements ont provoqué une multiplication des études sur la médicalisation et la pharmaceutisation de la vie des PvVIH (Desclaux 2011a ; Desclaux, Cadart 2008) etc.

Ainsi, on peut dire qu'en parallèle du développement d'une véritable santé globale du sida comme nouvelle forme de biopolitique, la recherche anthropologique a investi (ou a été investie par ?) le domaine du VIH.

II.2.3.2 Anthropologie de la reproduction en contexte de VIH

« D'un point de vue théorique, la question des causes, des formes et des modalités de mise en œuvre des programmes de prévention du VIH ouvre un champ de recherche passionnant pour une anthropologie de la reproduction, dont le mandat est de décrire et d'analyser les espaces de confrontations et de négociations individuelles et collectives à l'origine de l'élaboration des politiques de la reproduction ainsi que les formes locales de leurs réinterprétations. » (Hancart Petitet 2009)

À travers ces propos, P. Hancart-Petitet synthétise les approches anthropologiques des pratiques de santé reproductive à travers les programmes de PTME. En effet l'anthropologie de la reproduction en contexte de VIH relève d'une double approche anthropologique (théorique et appliquée) qui s'attache à la fois à l'analyse des pratiques autour de la procréation des femmes séropositives par le biais des applications locales de la PTME, mais aussi à l'analyse de cette stratégie de prévention en tant qu'application locale d'un programme sanitaire global. Dans cette double perspective, plusieurs thèmes d'analyse semblent récurrents et posent des questions à l'anthropologue.

Tout d'abord, on s'intéresse ici à la thématique générale de la procréation face au VIH, dans le cas de couples séro-concordants ou séro-différents, que la femme soit séropositive ou son compagnon. Dans ce cadre, la grossesse - qu'elle relève d'un désir de procréation dans le cadre du VIH, qu'elle soit non-planifiée ou l'occasion pour une femme de découvrir sa séropositivité – fait l'objet d'une médicalisation particulière légitimée par la prévention des transmissions horizontales et verticales. Cette médicalisation accompagne la femme et le couple depuis le dépistage prénatal ou le projet de procréation jusqu'à la naissance et les premiers mois de la vie de l'enfant (Desclaux 2011a). Ainsi l'analyse anthropologique peut choisir d'adopter une approche générale du processus, ou bien se positionner à certaines étapes (ou « épreuves »), comme la conception du projet de procréation, le dépistage, l'allaitement. Cela permet d'analyser la façon dont ces étapes « banales » de la procréation sont informées par la PTME et les conséquences qui en découlent pour les acteurs, dans les

contextes particuliers. C'est ici que le contexte de l'étude et la forme de la PTME sont aussi déterminantes. Les enjeux de la PTME dans les pays développés comme en France sont différents de ceux des programmes dans le Sud. Si dans ces contextes les mêmes thématiques se retrouvent, elles s'expriment différemment. Ainsi l'analyse anthropologique doit questionner ces inégalités de situations (accès au dépistage, au traitement, possibilité de l'application des mesures préventives, stigmatisation...) pour les PvVIH. Ces inégalités doivent être reliées aux conditions économiques, politiques, sociales des contextes, aux moyens de gestion de l'épidémie, à son ampleur etc.

À travers ces différents présupposés, l'approche anthropologique doit déterminer le ou les points de vue desquels elle se place : ces différentes étapes de la prise en charge de la PTME peuvent être analysées sous l'angle de vue des femmes qui y sont confrontées, des couples, de leur entourage, mais aussi des personnels de santé, des acteurs associatifs. À un autre niveau, la recherche anthropologique peut analyser d'un côté les stratégies de ces différents acteurs face aux programmes de la PTME en cours et les conséquences sur leur vie sociale, et de l'autre côté l'intégration verticale de ces programmes et leurs conséquences au sein des structures de soins et pour les acteurs concernés (adaptation, recompositions, tensions...).

Dans la perspective d'une approche anthropologique, il est aussi possible d'aborder ce thème de recherche, à travers certaines thématiques récurrentes et multidimensionnelles, telle que la question de la stigmatisation. En effet, sous des formes différentes et plus ou moins visibles, la stigmatisation est une donnée fondamentale dans la vie des PvVIH, que ce soit dans l'entourage ou face au personnel de soin. Dans le cadre de la PTME, la stigmatisation conditionne les relations soignants-soignés, l'accès aux soins, mais aussi l'application et l'efficacité des pratiques de préventions verticales et horizontale, et l'intégrité sociale et biologique des personnes. En somme, les questions de stigmatisation sont déterminantes dans le succès des programmes de PTME et leur accès et efficacité pour les femmes.

Une autre perspective d'approche anthropologique est celle qui questionne les effets « attendus » et « inattendus » des programmes sanitaires tel que la PTME. Ces programmes qui émanent de recommandations internationales sont intégrés localement, selon des objectifs particuliers qu'ils peuvent atteindre ou non. En effet, les déterminants sociaux, culturels économiques et politiques locaux conditionnent la pertinence de ces approches « formatées », qui peuvent avoir des impacts positifs ou négatifs inattendus. Par exemple, les impacts attendus de la PTME vont être la réduction de la transmission verticale de VIH. Si cette réduction est effective, elle peut aussi être accompagnée d'une réduction des transmissions

horizontales conjugales, dues à la prévention personnalisée à laquelle accèdent les femmes lors de la consultation prénatale. D'un autre côté, les campagnes de sensibilisation de l'allaitement « exclusif »⁴⁵ au sein de la population générale pour limiter les infections au VIH des nourrissons peuvent avoir pour effets négatifs une augmentation de la stigmatisation des femmes qui appliquent les mesures préventives de l'allaitement qui peuvent trahir leur statut sérologique aux yeux d'un entourage plus averti. Enfin, il faut analyser les déterminants sociaux qui conditionnent l'applicabilité des mesures préventives diffusées à travers la PTME, comme dans le cas de l'utilisation du préservatif qui va parfois à l'encontre des normes sociales (procréation, domination masculine). Les messages diffusés ne sont pas toujours adaptés au contexte, et souvent seule la condition sociale et l'indépendance (socio-économique) des femmes peuvent leur permettre d'appliquer les mesures préventives. Cela induit d'ailleurs l'importance des milieux sociaux dans lesquels l'enquête anthropologique se déroule, car les enjeux et impacts de la PTME dans les pratiques de santé reproductive des classes aisées et des classes populaires seront différents. Dans une perspective opérative, les éléments d'analyse fournis par l'anthropologie peuvent permettre de réfléchir à des formes de prévention plus adaptées aux contextes et permettant aux femmes de prendre en main les mesures de prévention sans risquer leur intégrité sociale.

Enfin, l'analyse anthropologique des pratiques de la santé reproductive dans le cadre de la PTME du VIH a tout intérêt à analyser les programmes de prévention, les pratiques autour de la reproduction et leurs interactions dans une approche du global au local.

II.2.3.3 Un état des lieux hors du VIH

Ainsi, l'étude des questions liées à l'épidémie nécessite une analyse fine des contextes dans lesquels sont faites ces études. C'est le parti pris par Alice Desclaux et Bernard Taverne, dans leur ouvrage *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest : de l'anthropologie à la santé publique* (Desclaux, Taverne 2000). Cet ouvrage, construit en quatre parties, débute par une ethnographie des pratiques d'allaitement au Burkina-Faso pour ensuite se pencher sur l'allaitement pathologique les questions d'allaitement en contexte de VIH, pour finir enfin par une analyse de la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement. C'est au début de ce processus que se place le mémoire présenté ici. Nous l'avons dit, c'est un état des lieux des pratiques et représentations autour de la procréation à Vientiane. Mais dans le cadre du volet

⁴⁵ Allaitement exclusif : signifie que l'on ne donne aucun autre aliment, ni boisson, y compris de l'eau, au nourrisson.

Laos du projet de recherche IRD-ANRS « L'enfant protégé par les antirétroviraux », ce mémoire relève de l'anthropologie du sida, hors du sida. À travers l'étude des représentations et pratiques autour de la procréation, cette recherche a eu pour vocation de faire une anthropologie des soubassements dans lesquels s'inscrivent les problématiques de la transmission du VIH à travers la procréation : les conceptions de la contraception, les perceptions du corps et des fluides, les pratiques de grossesse, d'accouchement, de post-partum et d'allaitement, les rapports aux systèmes de soin etc. Ces éléments, inscrits dans un contexte politique, social, économique, religieux, permettent de dégager les déterminants socio-culturels et socio-économiques qui conditionnent les places attribuées au VIH et aux personnes séropositives dans la société, la mobilisation civile et gouvernementale, la prise en charge de la maladie et les programmes de lutte gouvernementaux, l'implantation et les résonnances sociales des programmes de prévention et de développement etc... Ainsi, même si ce mémoire n'est pas une étude en contexte de sida, il en constitue les soubassements ethnographiques.

II.2.4 Réflexion sur les notions d'implication et d'application en anthropologie

Ce travail s'insérant dans le cadre général d'un projet de recherche opérative, il semble opportun de réfléchir aux notions d'implication et d'application en anthropologie. Cette recherche a en effet une visée pragmatique : analyser les représentations émanant des acteurs concernés par la procréation afin de dégager ses déterminants sociaux, dont l'analyse servira à des recherches ultérieures qui s'intéresseront plus particulièrement à l'analyse des programmes de développement mis en place dans le cadre de la PTME.

Je commencerai ici par rappeler que l'anthropologie appliquée classique plonge ses racines dans le projet colonial et la mission civilisatrice dont elle a été un des outils (Bastide, 1971). C'est aussi ce qui place « l'application » au centre des débats épistémologiques de l'anthropologie de la santé, qui, de par ses objets de recherche (médecines, maladies...), est proche des opérateurs et peut être sollicitée. En effet dans un projet de recherche appliqué au développement médical, le chercheur est porteur de l'idéologie occidentale et ethnocentrique du progrès et de « devoir » de l'aide au développement. Les analyses critiques des programmes de développement suggèrent que le développement est une nouvelle forme d'impérialisme. Il ne relève pas à proprement parler d'un néocolonialisme, puisqu'on n'exerce plus de contrainte extérieure sur les « développés » qui ne sont plus considérés

comme des objets mais comme des sujets qui intériorisent cette contrainte. Quoi qu'il en soit, le développement est porteur d'une mission civilisatrice renouvelée, et les relations entre anthropologie et développement posent des questions épistémologiques évidentes, celles des tensions entre recherche et action, savoir et pouvoir.

Le développement peut aussi être un objet de l'anthropologie plutôt que sa fin. C'est la perspective abordée par Roger Bastide (1971) et J.-P. Olivier Sardan (1995a). Le premier définit l'anthropologie appliquée contemporaine comme une science des moyens qui étudie la constitution, la mise en place et le déroulement des programmes de développement. Elle est une « discipline scientifique, /.../ dont l'objet serait la connaissance théorique, et non pratique, de l'altération des cultures et des sociétés par les ethnologues – planificateurs ou les anthropologues – praticiens. » (Bastide, 1971 : 193). Une autre approche, la socio-anthropologie du changement social et du développement théorisée par Jean-Pierre Olivier de Sardan (1995a), a pour objet de décrire, comprendre et analyser les pratiques et les représentations liées aux programmes de développement et à leurs acteurs, de comprendre les interactions entre la recherche fondamentale et la recherche appliquée (les chercheurs et les opérateurs du développement), et de saisir les mécanismes des changements sociaux qui en découlent. Cependant, ces approches de l'anthropologie appliquée n'excluent pas le rôle de l'anthropologie. Selon Bastide, le savoir anthropologique peut aider à adapter les programmes de recherche aux contextes sociaux dans lesquels ils sont ancrés. Selon Olivier de Sardan, c'est en travaillant sur la collaboration entre chercheurs et développeurs que la socio-anthropologie du changement social et du développement peut contribuer à améliorer la qualité des services que les institutions de développement proposent aux populations.

C'est dans le sillon de ces analyses que se situe la position de L. Pordié (2005) sur cette question. À travers une approche combinée d'anthropologie critique de la biomédecine et du développement, il introduit une réflexion sur la notion de développement, son historique, ses principes de fonctionnement. Le développement est analysé au sens d'Olivier de Sardan (1995a :7), dans le cadre du changement social dont il est un des facteurs. Un des objectifs de cet ouvrage collectif est de « comprendre les dynamiques et les implications sociales du développement sanitaire et /.../ y apporter l'éclairage particulier que confère l'analyse de ses interactions avec les traditions médicales » (Pordié, 2005 :12). Selon Pordié, il faut aussi avoir conscience des débats qui prennent place autour de cette notion (construction historique, stratégies politiques et économiques, obstacles et échecs) qui est aussi analysée comme un « avatar du colonialisme » (2005 :10) postmoderne qui repose sur les logiques du

care et une conception différentes des sujets du développement, qui ne sont plus des « sauvages-objets » mais des « victimes-sujets ». Les programmes de développement reposent sur les normes jugées universelles de l'humanitarisme (universalisme interventionniste) et des cadres formatés (de la biomédecine) qui sous-tendent des formes de domination. Selon Pordié, c'est un mythe des sociétés occidentales, censé apporter la santé pour tous et l'égalité et au sein des populations qu'il faut (notion de devoir) « développer ». Il s'agit aussi de replacer ces programmes dans leur conditionnement macropolitique, de leur élaboration dans le global à leur application dans le local. Les auteurs s'intéressent aux idéologies médicales qui fondent les projets de développement internationaux ou locaux, dont les agents locaux incorporent les logiques et la rhétorique, formant le dernier maillon de l'entreprise normative du développement comme véhicule de la mondialisation. En définitive, l'objet de cet ouvrage n'est ni une critique radicale du développement ni une participation au débat moral qui le traverse, mais son étude en tant que fait social.

Pour autant, il ne rejette pas la nécessité d'une forme de solidarité internationale à laquelle les sciences sociales peuvent apporter une contribution modeste mais nécessaire. Selon lui, il faut sortir de débats dichotomiques interdisciplinaires entre les tenants d'une recherche académique et élitiste, et ceux d'une recherche d'anthropologie médicale. Il n'est pas question de délaisser l'anthropologie fondamentale pour faire de l'expertise. Il rappelle que le seul fait de rendre intelligible des situations sociales est déjà en soit une forme d'action. Les sciences sociales sont chargées de produire un savoir sur le social, savoir qui peut avoir des répercussions. Pour que la recherche soit impliquée sans être dénaturée, l'auteur insiste sur le maintien d'une certaine distance par rapport aux objets du développement, qui permet de produire un savoir critique sur les programmes de développement basés sur la biomédecine, tout en amenant des éléments de compréhension des contextes socio-culturels et économiques des paysages thérapeutiques dans lesquels évoluent ces programmes.

Dans un cadre appliqué ou fondamental, la réflexivité et la position du chercheur en font un acteur de la recherche à part entière, en interaction avec d'autres acteurs, dans une forme de collaboration qui se doit de dépasser les formes de domination chercheur / objet. Si le chercheur et ses collaborateurs sont tous des acteurs politiques, leur positionnement et leurs implications font partie du contexte de l'étude. Le chercheur doit certes se départir de ses présupposés durant le travail ethnographique, mais il est de son pouvoir d'acteur politique d'intégrer son engagement dans son travail théorique. L'anthropologie neutre n'existe pas, et n'a jamais existé. Toutes les sciences charrient des idéologies, mais l'anthropologie, de par

son statut particulier, peut le faire ouvertement et réflexivement, et c'est ce qui contribue à la pertinence des débats qui traversent et fondent la discipline et au regard critique qu'elle porte sur le monde et ici sur les enjeux de la santé.

II.3 De la réflexivité

Selon J.-P. Dozon, « les terrains ethnologiques ont toujours été des terrains sensibles » (Bouillon et al. 2005 : 7). En effet, qu'ils soient « sensibles » (Bouillon et al. 2005), ou « minés » (Albera 2001), tous types de terrains nécessitent une attention réflexive particulière qui résulte des « tâtonnements d'une pratique ethnographique qui s'est faite plus transparente, moins ambitieuse et plus consciente de ses ambiguïtés, mais qui continue à utiliser la tension existant entre la dimension de la distance et celle de la proximité, avec les inconvénients et les inconforts que cette tension génère, comme un vecteur de connaissance. » (Albera 2001 : 12). Ainsi le terrain est au centre de l'anthropologie à travers le nécessaire travail de réflexivité auquel doit se soumettre le chercheur à toutes les étapes de l'enquête. Plus qu'une tendance de l'anthropologie actuelle, l'analyse réflexive est une nécessité, à la fois pour faire face à la diversité des objets, des contextes et à la complexité du travail ethnographique, mais aussi pour contribuer à la scientificité de la recherche anthropologique. En effet, qu'il s'attache aux contextes (politiques, institutionnels, locaux) de la recherche, à la construction de l'objet et de la méthode ou à la place du chercheur sur le terrain, le travail de réflexivité se doit d'avoir une valeur heuristique permettant de contextualiser le recueil des données. La place du chercheur sur le terrain, ses interactions avec les institutions, les informateurs, ses ajustements méthodologiques deviennent alors un objet à investiguer au service de la production du savoir. Qu'il s'agisse de se heurter à un discours stéréotypé ou de trouver sa place dans un cadre institutionnel, la position du chercheur doit être objectivée pour pouvoir analyser son impact sur la production des discours et les situations d'énonciation. Il s'agit en fait de mettre à profit et d'objectiver la subjectivité, dans une visée heuristique.

II.3.1 Nouveaux objets, nouveaux terrains, nouveaux acteurs

La publication d'ouvrages récents tels que *L'anthropologie face à ses objets, Nouveaux contextes ethnographiques* (Leservoisier et Vidal 2007) témoigne de ce lien indissociable entre questionnements méthodologiques réflexifs et développement de nouveaux objets et

contextes. Elle témoigne aussi des difficultés auxquelles font face les chercheurs sur le terrain. Avec la décolonisation et le développement de terrains « proches » et urbains, de nouveaux objets contemporains ont vu le jour (les « squats », les SDF, les réfugiés, les personnes vivants avec le VIH, les quartiers « sensibles », le monde du travail etc.). Des terrains ne se caractérisant pas par un accès aisé, ni par une « communauté » délimitée. En parallèle, les terrains traditionnels se sont ouverts au monde, les nouveaux acteurs qu'y côtoie le chercheur peuvent exprimer une demande sociale faite à l'anthropologie, qui représente un moyen financier de soutenir les recherches. Cela mène à d'autres contextes, où l'objet de recherche est « imposé », ou l'anthropologue travaille avec, pour et par des institutions, ce qui ouvre de nouveaux champs (anthropologie du développement, de la santé) et soulève des interrogations éthiques, épistémologiques et méthodologiques. De plus, et légitimement, les « objets » de la recherche, les acteurs sur le terrain (notamment les terrains « surinvestis »), ont des attentes : « qu'avez-vous à nous apporter en échange du fait d'être votre objet ? » La relation d'enquête est en effet une forme de « don-contre don » à négocier et à réajuster au fil des multiples déclinaisons des contextes de recherche. Les anthropologues doivent ainsi réfléchir à la restitution de leur travail auprès des acteurs du terrain, exercice sensible autant qu'indispensable. La réflexivité intervient ainsi de plus en plus sur les différents niveaux de l'enquête, de la construction de l'objet à la restitution des résultats, en passant par les interactions avec les acteurs et la mise en récit.

II.3.2 Le chercheur et le terrain

Après avoir été considéré comme un moyen de produire de la connaissance, le terrain est devenu une des sources de connaissance. De façon un peu caricaturale aujourd'hui, on évoque le temps de l'ethnologie « classique » où le terrain était vu comme le lieu où se trouve l'objet, où le chercheur fait son enquête. Cependant dans le processus d'écriture il devait taire sa présence sur ce terrain, afin de produire un savoir anthropologique « objectif » épuré des effets qu'il pouvait provoquer au sein de la « communauté » étudiée. On est bien loin des débats et ouvrages sur la réflexivité et la subjectivité du chercheur qui fleurissent depuis les années 1980. Si cette opposition semble exagérée (des chercheurs se sont penchés sur le rôle de la subjectivité dans la recherche depuis longtemps, et l'anthropologie réflexive actuelle n'est peut-être pas si novatrice), il est certain que depuis ses débuts l'anthropologie a évolué, ainsi que la place qu'elle accorde au terrain.

J.-P. Dozon, dans la préface de l'ouvrage *Terrains sensibles, expériences actuelles de l'anthropologie* (Bouillon et al. 2005), retrace les évolutions de la discipline ethnologique, son éloignement des institutions coloniales, l'évolution de ses objets, de ses méthodes, et la complexification des contextes de terrain dans une volonté de dépasser les déclinaisons infinies du « grand partage »⁴⁶ (Goody 1978) qui présidait à la discipline. Florence Bouillon, Marion Fresia et Virginie Tallio retracent aussi ce processus dans l'introduction de cet ouvrage. Dans un contexte colonial, les premiers ethnologues étaient « moins dans une négociation de [leur] présence que dans son imposition » (Bouillon et al. 2005 : 17). La mise à distance de leur « objet » était vue comme une condition nécessaire de la scientificité, et l'intégration de la réflexivité au texte restait souvent cantonnée aux carnets de terrain et aux productions « littéraires » des chercheurs telles que *Tristes tropiques* (Lévi-Strauss 2001[1955]) ou *L'Afrique fantôme* (Leiris 1988). Cependant, à travers la décolonisation, l'engagement des chercheurs pris dans ce processus, la remise en question des grands-partages, on a vu se développer une diversification des objets d'études, le développement des « terrains proches », mais aussi l'ouverture des terrains « traditionnels » à une multitude de nouveaux acteurs (ONG, journalistes, touristes, institutions de recherche) avec lesquels l'anthropologue devait composer, ainsi qu'une demande sociale de plus en plus importante de la part de ces acteurs. Cela a ouvert de nouveaux champs d'études, de nouvelles collaborations, une forme de complexification du travail, et donc de nouvelles réflexions et remises en question des méthodes et de « certaines illusions fondatrices de l'anthropologie classique » (Bouillon et al. 2005 : 20), comme la « culture », l'« ethnie », l'objectivité absolue, le « grand partage » (Goody 1978) ou l'extériorité du chercheur à son terrain.

On cite souvent les ouvrages de De Martino (1999) et Favret-Saada (1977) comme parmi les premières contributions à une large réflexion sur l'objectivité de la recherche, sa scientificité et la position de chercheur sur le terrain, en introduisant les notions de réflexivité et d'intersubjectivité qui n'étaient pas nouvelles, mais peu discutées. De Martino se démarque de « l'ethnographie positiviste » (De Martino 1999 : 11) qu'il renvoie au temps où l'ethnographe dans son rapport scientifique devait prendre soin de « cacher ses passions » et son « moi haïssable » (1999 : 11), de fait que le lecteur pouvait facilement en oublier la personne du chercheur sur le terrain, et par le même temps, « considérer que l'objet même de la recherche était aussi négligeable, conventionnel et incertain que l'était le chercheur » (1999

⁴⁶ Par la « théorie du grand partage » Goody désignait la tendance des anthropologues à distribuer et opposer les sociétés humaines, les formes de savoir et les systèmes de pensée, en deux classes exclusives l'une de l'autre (primitif/civilisé, sauvage/domestiqué, traditionnel/moderne, « froid »/« chaud », fermé/ouvert, prélogique/logique, sous-développé/développé.)

: 11). Selon lui, avec le déclin de l'ethnographie positiviste correspondant à la décolonisation, à l'accélération des flux de populations caractéristique de la modernité, et l'introduction de nouveaux outils d'analyses tels que le marxisme, la psychanalyse et l'existentialisme, l'ethnographie a été repensée, notamment « dans l'exigence de justifier à soi-même et à son propre public les deux termes du rapport, c'est-à-dire celui qui voyage pour connaître et celui qui est visité pour être connu » (1999 : 12). Sans cette double justification l'enquête ethnographique se réduit « à un monde d'ombres visiteuses et visitées, insignifiantes et vaines » (*ibid.*). De Martino prône ainsi une forme d'ethnographie réflexive où l'instrument d'analyse le plus indispensable est « notre conscience même d'ethnographe » (De Martino 1999 : 15), qui transparaît dans l'écriture même du texte ethnographique où se côtoient les deux termes de la recherche, ceux qui observent et ceux qui sont observés. Par la suite, J. Favret-Saada (1977) s'appuiera sur De Martino pour théoriser son ethnographie réflexive. Son ouvrage *Les mots, la mort, les sorts* « apparaît comme le précurseur incontestable de la vogue des années quatre-vingt - quatre-vingt-dix » (Olivier de Sardan 2000 : 418). La configuration particulière de son terrain lui apparaît vite incompatible avec l'enquête ethnographique classique. Sur son terrain, « la sorcellerie, c'est de la parole, mais une parole qui est pouvoir et non savoir ou information » (1977 : 26). Ainsi l'échange de paroles informatif n'a pas de place dans ce système où le savoir donne du pouvoir et induit un rapport de force où l'ethnographe est forcément « pris ». Cette situation a poussé Favret-Saada à une remise en question des techniques classiques d'enquête qui se base sur l'importance de la situation d'énonciation, l'important étant de savoir qui parle et à qui, et de réfléchir à sa propre implication. Elle se distingue alors ouvertement de l'« idéal de totale a-topie du sujet théoricien » (1977 : 33), pour prôner la non-nécessité de la distance entre l'ethnologue et son objet et construire une méthode se basant sur l'intersubjectivité. C'est ce qui l'amène au cours de son travail de théorisation à une constante réflexivité au regard de sa position et de sa participation à la production de l'énoncé. Ainsi ses hésitations, erreurs, errances, réactions sont insérées dans le texte et constitutives du fait considéré, liant l'ethnographie aux humeurs de l'ethnographe. C'est cette position particulière qui l'amène, comme De Martino, à une réflexion sur la scientificité et l'objectivité, remettant en question les codes de l'ethnographie classique à travers son ethnographie. Elle défend l'idée que le terrain est fondé sur l'intersubjectivité entre les informateurs et le chercheur, puisqu'il est « question de l'interpellation d'un sujet par un autre sujet » (1977 : 54). Selon elle, l'ethnologie comme science de la différence s'est construite sur l'objectivation, en se référant à l'indigène comme un objet, un « autre » qui est sujet de l'énoncé (« il ») et qui n'est pas « moi ». Mais le « moi »

ne se révèle pas, et le « on » se substitue au « je » pour désigner un « il ». Or « on » c'est tout le monde et n'importe qui, et le « il » cité « ne peut manquer de s'irréaliser aux yeux du lecteur » (1977 : 55). Ainsi, dans une ethnographie objectivante « une non-personne [s'adresse] à un sujet indéfini » (Favret-Saada 1977 : 57). J. Favret-Saada tire le parti de l'impossible neutralité qu'impose son terrain pour prôner une forme d'ethnologie réflexive, où la réflexivité est une méthode, et la participation un présupposé.

II.3.3 La réflexivité et ses limites

J. Favret-Saada a entrepris de faire de la « participation » un instrument de connaissance, qui pourrait être valable dans toute forme d'ethnographie. Si le chercheur est présent sur le terrain, les données qu'il recueille sont conditionnées par les situations d'énonciations auxquelles il participe, et les masquer reviendrait à ignorer la spécificité même du travail de l'ethnographe. Ainsi dans l'écriture, l'utilisation du « je » est aussi une forme d'honnêteté, et permet de réintroduire le chercheur dans son terrain. La « scientificité » de l'ethnographie relèverait alors aussi de l'analyse du rôle de la subjectivité dans la production de données. En ouvrant la voie à la reconnaissance du rôle de l'implication personnelle, à chaque ethnographe revient la liberté de négocier son degré d'implication, ainsi que le droit à l'erreur, aux errances. Les méthodes « classiques » de l'enquête terrain ne peuvent pas toujours s'appliquer à des situations aussi diverses que celles de l'interaction de chaque chercheur avec ses interlocuteurs, dans des configurations uniques. J. Favret-Saada a choisi de donner un statut épistémologique à ces situations de communications involontaires et non intentionnelles. C'est par l'étude, *a posteriori*, de ces errances, et de son propre positionnement sur le terrain que l'ethnologue est en mesure de comprendre son objet. Cela est d'autant plus vrai face à la diversification des terrains d'enquête vers des terrains « sensibles », ou « minés ». Par exemple en anthropologie de la santé certaines situations de recherche, lorsqu'on touche au ressenti de la maladie et de la souffrance, nécessitent une forme d'interaction personnalisée. La participation est un rapport qui affecte l'ethnographe, parfois plus qu'il ne le voudrait. Cette position épistémologique a donné lieu à de véritables ethnographies du quotidien, qui reposent sur la participation et l'implication émotionnelle du chercheur dans le quotidien de ses informateurs (Le Marcis 2010) (Livingston 2012). En somme, des ethnographies de la rencontre et de la reconnaissance des intersubjectivités. Ces formes d'ethnographie renouent avec l'aspect phénoménologique qui permet la description subjective des phénomènes auxquels on participe. La participation, la mise en récit des données, la façon de les faire

parler, leur contextualisation, deviennent des outils méthodologiques de l'anthropologue, au même titre que la réflexivité. Cependant, la participation ne doit pas être une opération de connaissance par empathie. Si l'ethnologue est affecté, il ne connaît pas pour autant les affects de l'autre, et doit décrire ce qu'il observe, non les pensées qu'il attribue aux personnes. De plus, la participation et l'implication de la subjectivité du chercheur peuvent aussi mener aux dérives de la recherche du « pathos », de la « romanticisation » abusive ou de l'excessive mise en scène de soi, qui a pu être imputée à l'ouvrage de Favret-Saada.

En effet, une combinaison de facteurs que nous avons évoqués a engendré une évolution globale de la discipline vers une posture plus réflexive, s'attachant autant à la présence du chercheur sur le terrain qu'à sa méthode et à sa production textuelle. Cependant, l'anthropologie réflexive, est aussi devenue une tendance incontournable utilisée parfois abusivement, comme le souligne J.-P. Olivier de Sardan qui se demande : « ne sommes-nous pas plutôt menacés aujourd'hui par l'excès que par le défaut de réflexivité ? » (Olivier de Sardan 2000 : 419). En effet, « la progression exponentielle des textes écrits à la première personne témoigne de ce que la subjectivité de l'auteur n'est plus honteuse, et qu'il apparaît désormais de bon goût d'en faire un discret - et parfois moins discret – étalage » (2000 : 417). Il est vrai que l'usage abusif de « sur-réflexivité » a mené vers plusieurs dérives (Bouillon et al. 2005 : 21). La principale, commentée par J.-P. Olivier de Sardan (2000), survient lorsque le chercheur se centre sur lui-même au point d'en oublier les informateurs, lorsque le « je » devient le centre de la recherche et de l'écriture dans un jeu d'auto-analyse qui ne sert plus à l'analyse des interactions ni des situations d'énonciation (Olivier de Sardan 2000). Les difficultés éprouvées par les chercheurs sur le terrain, leur empathie, leurs états d'âme, leur sensibilité, ne sont pertinents à analyser que lorsque qu'ils permettent d'apprendre quelque chose sur le déroulement du terrain et sur l'autre. De plus, l'utilisation du « je » ne doit pas être l'occasion de faire de l'ethnographe un héros (ou antihéros) d'une aventure romanesque. L'analyse de la posture méthodologique du chercheur et de sa position au sein des interactions est en soit un outil méthodologique au service de la compréhension de l'objet, et non un moyen pour l'ethnologue d'exorciser son expérience de terrain.

Il propose ainsi de ne pas se laisser enfermer dans un nouveau « grand partage » (Goody 1978) entre une « ethnologie classique » fantasmée qui se caractériserait par un positivisme exacerbé effaçant le chercheur de son terrain et une « ethnologie nouvelle » - tout aussi fantasmée - qui se targuerait de sa « subversivité » en faisant un usage abusif et méthodologiquement peu pertinent de la subjectivité, de l'implication et du « moi ». Selon lui,

le registre de légitimation de la subjectivité le plus pertinent relève d'un souci méthodologique. Ainsi,

« un minimum d'explicitation semble nécessaire, tant pour éclairer sur la trajectoire personnelle du chercheur sur le terrain que pour mettre au jour d'éventuels effets de domination ou décrire certaines interactions de recherche particulièrement significatives. Mais ces considérations n'ont de portée méthodologique qu'à faible dose, sans inflation ni prétention, et à condition de rester au second plan, tout comme les questionnaires, les procédures et les tableaux des enquêtes quantitatives ont un statut de complément indispensable sans pouvoir se substituer aux résultats et à leurs interprétations. En l'occurrence trop de méthodologie tue la méthodologie... ». (Olivier de Sardan 2000)

Il faut donc sortir des dichotomies excessives et faire preuve de réflexivité avec justesse et dans une visée méthodologique, afin de répondre à l'évolution des difficultés auxquelles se confrontent les chercheurs à travers de nouveaux objets et de nouveaux contextes. C'est ce que nous essaierons de faire à travers ce travail.

Chapitre 2 – Cadres, méthodes et terrain

Dans ce second chapitre, nous proposons de cerner le cadre du terrain de recherche, de présenter réflexivement les méthodes utilisées et de réfléchir à ma position de chercheuse sur le terrain.

I. Cadre général de l'étude : Le Laos et Vientiane

Cette première partie a vocation à placer le cadre géographique, historique, politique et socioculturel dans lequel se déroule l'étude. Les éléments présentés ici doivent constituer une base de référence pour contextualiser les données recueillies et les analyses. Cette présentation restera une synthèse informative et non un véritable travail historique ou géographique qui n'entre pas dans mon objectif. Des auteurs auxquels les lecteurs peuvent se référer pour un approfondissement, seront cités.

I.1 Éléments historiques et politiques

Je propose ici de donner les grands cadres et repère de l'histoire du Laos. Ces éléments sont en partie tirés de l'ouvrage de G. Evans, *Short history of Laos, the land in between* (Evans 2002), auquel il faut se référer pour une véritable histoire du Laos, que je ne ferai pas ici.

1.1.1 Les origines⁴⁷

Vers 3 000 av. J.-C., des populations originaires du Sud de la Chine et considérées comme les ancêtres des peuples de langue austro-asiatique Môngs et Kmers se sont installées dans la région. Soumises à une forte influence politique et culturelle de l'empire Khmer et des états Môngs, elles ont été rejointes à partir du premier millénaire de notre ère et surtout aux XIII^{ème} et XIV^{ème} siècles par des populations thaïes originaires de la Chine du sud et fuyant les invasions mongoles. Les Tai organisés en chefferies conquérantes, ont alors subi l'influence culturelle des populations conquises, en particulier celles de Khmers, et se sont convertis graduellement au Bouddhisme, ferment unificateur de certains peuples Tai. Parmi ces derniers, les Lao ont fondé sur la rive gauche du Mékong une principauté tributaire de l'empire Kmer : le Muong Xua, avec comme capitale Luang Prabang.

1.1.2 Le royaume du Lane Xang (XIV^e-XVII^e siècles)

En 1353, un prince lao élevé à la cour d'Angkor, Fa Ngum, a conquis les principautés lao avec l'aide du souverain khmer et a fondé le royaume du Lane Xang ("million d'éléphants") dont le territoire s'étendait sur une superficie plus grande que le Laos actuel, plaçant ainsi tous les Lao sous son autorité. La monarchie s'est appuyée sur le bouddhisme Theravada, devenu religion d'Etat. Au milieu du XVI^e siècle, la dynastie a établi sa capitale plus au Sud, à Vientiane. Le royaume de Lane Xang a connu un "âge d'or" sous le règne de Souvanna Vongsa (1637-1694). À sa mort, des luttes de successions ont entraîné l'éclatement du Laos en trois royaumes rivaux, avec pour capitales respectives Vientiane, Luang Prabang et Champasak. Ces faibles royaumes sont tombés sous la coupe des Birmans puis du Siam. Vientiane a été rasée en 1830 par les Siamois qui ont annexé le royaume et déporté une grande partie de sa population sur la rive droite du Mékong, sur le plateau de Khorat (Evans 2002 : 28). Seule Luang Prabang, mieux protégée par les montagnes, a conservé une monarchie lao descendante de la dynastie des Khoun Bourom.

⁴⁷ À ce propos, je renvoie aux travaux de M. Zago (1972 : 20-48) et de G. Evans (2002 : 1-38), qui ont présenté mieux que je ne pourrais le faire les origines du peuplement du Laos et de l'introduction du bouddhisme.

1.1.3 La colonisation française (Evans 2002 : 39 -92)

À partir de 1858, la France entreprenait la conquête de l'Indochine. En 1887, Auguste Pavie, consul à Luang Prabang convainc le roi Oun Kham de l'intérêt, face au Siam, de placer le Laos sous la protection de la France.

Dans la péninsule indochinoise, seul le royaume du Siam a réussi à préserver son indépendance, alors que les Britanniques étendaient leur domination sur la Birmanie et les Français sur le Viêt Nam, le Cambodge et le Laos, progressivement regroupés au sein de l'Indochine française. Des navires de guerre français ont bloqué Bangkok, contraignant les Siamois à signer, en 1893, un traité par lequel ils reconnaissaient le protectorat Français au Laos, renonçant à la suzeraineté sur les royaumes laotiens mais conservant la rive droite du Mékong occupée par les Lao depuis plusieurs siècles. Jusqu'en 1946, le protectorat français a constitué la seule unité d'un ensemble de territoires non centralisé qui échappait en partie à la suzeraineté de la monarchie établie à Luang Prabang.

Jusqu'en 1940, l'aristocratie Lao s'est accommodée de la présence française, qui a empêché l'absorption du pays par le Siam et n'a jamais remis en cause la présence du roi dans son palais de Luang Prabang. En revanche, des mouvements de rébellion ont agité certaines minorités montagnardes mises à contribution sous la forme de corvées pour la construction d'un réseau routier desservant l'ensemble de l'Indochine, à partir du début du XX^{ème} siècle. La corvée fut abolie par le Front populaire en 1936.

En 1940, le Laos en paix, reste très peu développé. 95 % de la population y est analphabète. 12 000 enfants seulement fréquentent des écoles primaires où l'enseignement est donné en français. Ce sont les pagodes qui transmettent l'usage de l'écriture lao. Bien que dans le Sud du pays, certains colons français aient obtenu des concessions agricoles, la présence française est surtout administrative. Le Laos étant peu peuplé, les Français encouragent les Vietnamiens à s'y installer pour y occuper des emplois de fonctionnaires ou d'ouvriers dans l'exploitation minière.

Mais la Seconde Guerre mondiale a ébranlé la puissance coloniale : la France fut contrainte de céder à la Thaïlande, alliée de l'Empire du Japon, les provinces situées sur la rive occidentale du Mékong (province de Sayaboury et une partie de la province de Champassak). Pour compenser les pertes des territoires, Jean Decoux, gouverneur général de l'Indochine, a réorganisé l'administration laotienne, accordé au gouvernement royal de Luang Prabang une autonomie légèrement accrue. Le prince Phetsarath Rattanaongsa fut intégré au

conseil du roi et dirigea une sorte de gouvernement. En 1945, alors que l'Indochine est sous occupation japonaise, celui-ci déclara l'indépendance du royaume.

1.1.4 Guerres d'Indochine et guerre civile (1945-1975)

Au début de 1946 la France a recouvré son autorité sur le pays, contraignant le gouvernement Phetsarath à s'exiler à Bangkok. Le 27 août 1946, elle a concédé au Royaume du Laos une autonomie interne au sein de la Fédération indochinoise et de l'Union française et placé le gouvernement central sous l'égide de la monarchie de Luang Prabang, avec Sisavang Vong comme souverain. En 1949, l'accession du royaume au statut d'État associé a entraîné le ralliement au gouvernement royal de la majorité des politiciens exilés, à l'exception du prince Souphannouvong. Ce dernier créa en 1950, avec l'appui du Viet Minh, un gouvernement provisoire de l'Etat lao (Pathet Lao), qui s'est assuré à partir de 1953 le contrôle progressif d'une grande partie du pays. En 1954, l'indépendance complète du Laos fut reconnue à la Conférence de Genève qui a prévu sa neutralisation. En 1958, le processus d'unification et de réconciliation nationale est parvenu à son terme avec la formation d'un gouvernement de coalition présidé par le prince neutraliste Souvanna Phouma, l'intégration des forces armées du Pathet Lao dans l'armée royale et la tenue d'élections générales.

Mais la droite nationaliste renversant Souvanna Phouma et mettant en œuvre une politique pro-américaine et anticommuniste, la guerre civile a repris en 1960. À partir de 1964, le Laos était devenu un champ de bataille entre Vietminh et Américains, qui s'y disputaient le contrôle de la "piste Ho Chi Minh". Le Laos a subi de nombreux bombardements sur les zones montagneuses, ne touchant que très marginalement les plaines. En 1973, l'accord de Paris sur le Vietnam eut pour conséquence immédiate un cessez-le-feu au Laos.

La guerre civile laotienne fut donc un conflit armé inscrit dans le contexte de la guerre froide, qui opposa le Pathet Lao au royaume du Laos. Commencée durant la guerre d'Indochine, la guerre civile s'est poursuivie durant la guerre du Viêt Nam, dont elle a constitué un théâtre parallèle de la même manière que la guerre civile cambodgienne. En 1973, le gouvernement royal et le Pathet Lao ont conclu un cessez-le-feu. Le partage du pouvoir a tourné à l'avantage du Pathet Lao, qui prit le contrôle du pays en 1975 au cours d'un processus parfois désigné sous le nom de « révolution de soie ».

1.1.5 Instauration du communisme

Le pouvoir revint au parti populaire révolutionnaire lao, dirigé par un petit noyau de révolutionnaires issus du parti communiste indochinois. Kaysone Phomvihane, président du parti, fut jusqu'à sa mort, en 1992, l'homme fort du nouveau régime. La monarchie fut abolie, et le Laos prit le nom officiel de *République démocratique populaire lao*. Souphanouvong devient président de la République et le secrétaire général du Parti révolutionnaire populaire lao, Kaysone Phomvihane, fut nommé premier ministre.

Plus de 40 000 laotiens ont été envoyés dans des camps. La répression toucha une partie très importante de l'administration et de l'armée qui avait collaboré avec les Américains et les Français. Cette politique répressive a provoqué l'exode de près de 10 % de la population, débordant ainsi largement les classes aisées. Entre 350 000 et 400 000 personnes ont choisi l'exil entre 1975 et 1987.

Le communisme instauré au Laos, soumis à une forte influence de la part du Viêt Nam, sans être comparable au régime Khmer Rouge au Cambodge, a démoralisé une bonne partie de la population rurale par des méthodes autoritaires (rééducation, camps, abolition des libertés d'expression et de déplacement..), et par notamment l'irruption de l'état dans l'organisation politique villageoise.

1.1.6 Assouplissement du régime et Laos actuel

En parallèle avec le déclin du bloc URSS, le Laos s'est engagé, depuis 1986, dans un "nouveau mécanisme économique" caractérisé par la mise en place de réformes économiques et par l'ouverture graduelle du pays, dont l'adhésion à l'ASEAN, en 1997, constitue une étape importante. Dépourvu de constitution depuis la proclamation de la République en décembre 1975, le Laos a adopté une constitution en 1991. Le Pathet Lao demeure parti unique, malgré l'abandon des symboles communistes. Les relations diplomatiques et commerciales avec la Thaïlande ont été reprises, aboutissant en 1994 à la signature d'un traité d'amitié et de coopération entre les deux pays, symboliquement matérialisé par l'ouverture en avril de la même année du pont de l'Amitié reliant Vientiane à Nong Khai, premier pont sur le Mékong reliant directement la RDP Lao et la Thaïlande (Bochaton 2009 : 34).

Le pays s'est ainsi ouvert aux investissements étrangers et à l'économie de marché, mais son économie est très dépendante de l'aide étrangère. Les ONG ont en effet investi en masse le

pays dès son ouverture, et initié des programmes de développement. En effet, les structures sanitaires et d'éducation étaient alors considérées comme moins développées qu'avant 1975.

Cette ouverture du pays s'est accompagnée d'une réouverture aux influences culturelles étrangères à travers les média (musique et télévision thaïlandaise, musique et films américains), internet⁴⁸ (réseaux sociaux...), du développement de la communauté d'expatriés étrangers (augmentation du nombre d'ONG étrangères, organismes de développement tels que l'Agence Française de Développement, investissements étrangers...) et de l'intensification des flux de populations (développement du tourisme, retour des laotiens exilés, plus grande mobilité des laotiens). Cette évolution du pays permet aux laotiens de développer des stratégies pour se libérer du contrôle de l'état, contrôle qu'on sent moins présent mais qui reste, nous le verrons, une réalité.

I.2 Éléments sur le bouddhisme et le culte des génies

I.2.1 Le bouddhisme au Laos

I.2.1.1 Origines

M. Zago (1972 : 20-48) a fourni un travail très complet concernant l'introduction du Bouddhisme au Laos, sujet sur lequel je ne m'étendrais pas ici. Pour synthétiser, Zago (1972 : 24-25) détermine des grandes étapes de l'indianisation de la péninsule indochinoise :

- Première vague de bouddhisme theravada venue de l'inde hinayaniste (moitié du III^{ème} siècle.
- Formation des royaumes indianisés et culte brahmanique à la Cour. Recul des adeptes du bouddhisme au VII^{ème} siècle.
- Nouvelle vague du bouddhisme, de forme mahayana, au VII^{ème} siècle, portée à son apogée par le roi angkorien Jayavarman VII au XII^{ème} siècle.
- Un courant de bouddhisme theravada se propage du Ceylan en Birmanie au XII^{ème} siècle, et de là au Siam et au Cambodge (XIII^{ème} siècle).

⁴⁸ On trouve à Vientiane des cafés-internet dans la ville et des clefs 3G qui fonctionnent par rechargement et qui permettent de se connecter.

Le Laos aurait alors subi des vagues d'influence bouddhiste depuis différents foyers, à des intensités et périodes différentes : du Sud par les royaumes du Cambodge, de l'Ouest par les différents royaumes du territoire thaïlandais, du Nord par la Birmanie. On notera seulement que ce processus n'a pas été linéaire, que les différents groupes tai ont été bouddhisés à des rythmes divers, ce qui combiné aux particularismes des différents royaumes du Laos peut expliquer des différences notables selon les régions du Laos (Zago 1972 : 12).

Quoi qu'il en soit, Evans (2002 : 12) note que le bouddhisme a été l'instrument de création du royaume unifié de Lan Xan (XIV^{ème}-XIX^{ème} siècles).

1.2.1.2 Sâsanâ phut⁴⁹

Une des particularités du bouddhisme theravada réside dans sa conception du Bouddha comme un simple maître qui s'est contenté de montrer la voie.

Tout d'abord l'intuition religieuse du Bouddha est que tout ici-bas n'est que souffrance; or la souffrance est une conséquence obligatoire du désir, de l'ignorance et de la haine. Vivre c'est désirer, c'est donc souffrir. Le bouddhisme repose sur quatre grandes vérités: la souffrance existe, a une origine, une fin, et il existe donc un sentier pour la faire cesser. La souffrance est ici réduite à sa composante morale (e.g., insatisfaction, tristesse, mal être profond), mais l'homme peut se libérer de cette souffrance en se libérant du cycle des réincarnations (en lao « *songsan* »). En effet dans la théorie bouddhiste, la mort n'est pas une fin mais un passage vers une autre vie. C'est alors qu'intervient la notion de *kam* (sanskrit « *karma* », « l'acte »), c'est à dire la somme des actions de l'individu, qui le guide dans sa réincarnation. Cette doctrine, qui provient de l'hindouisme, a été intégrée au bouddhisme et postule donc que toute action produit un effet, bon ou mauvais, une charge de « mérites » (en lao « *bun* ») ou de « démérites » qui affecte l'énergie vitale de chacun. Ainsi, les actes produits par un être humain durant sa vie produisent des mérites s'ils sont conformes à la loi (sanskrit « *dharma* »). Selon Pottier, ces notions sont « au centre de la notion lao de l'existence » (2007 : 14). Ainsi après la mort de l'individu, c'est le rapport en mérite et démérite qui détermine sa renaissance, « d'abord dans un monde non-humain (un monde divin où il sera récompensé des mérites ou bien un monde infernal où il sera puni de ses fautes), et ensuite dans le monde des hommes, où son statut social, comme son statut spirituel, seront également fonction des mérites précédemment accumulés » (Pottier 2007 : 14). Comme

⁴⁹ « Bouddhisme » en lao.

À propos du Bouddhisme au Laos, voir (Zago 1972 ; Condominas 1968, 1998).

chacun se réincarne en vies successives jusqu'à la purification totale, notre vie présente porte l'héritage des générations passées. L'homme paye donc dans sa vie actuelle les actes de ses vies antérieures; toutes peines et malheurs sont le résultat de fautes antérieures. La vie est donc le produit d'une incarnation passée et la préparation d'une incarnation future. En effet, on peut échapper à la souffrance par le chemin du milieu (en s'adonnant à la sagesse, la morale et la discipline mentale comme la méditation, et en ne cédant pas à la colère, au désir et à l'ignorance qui mènent à la souffrance). C'est en suivant ces préceptes que l'homme, au terme de plusieurs cycles de réincarnations, peut atteindre l'éveil, le nirvana, c'est-à-dire l'état de cessation de la souffrance. Mais bien souvent dans la pratique quotidienne et populaire, le fidèle cherche à accumuler des mérites pour améliorer son destin et celui de sa famille, et espérer une meilleure renaissance. Ce « cumul » de mérite se fait, par exemple, en envoyant les jeunes garçons faire des séjours à la pagode, et suivre l'enseignement bouddhique, ce qui rapporte des mérites à la famille et à l'individu. La vie d'un fidèle se base ainsi sur l'acquisition de ces mérites, par le don de nourriture aux bonzes, le suivi des préceptes⁵⁰ etc. Ces mérites peuvent même être transférés aux défunts de la famille (Pottier 2007 : 33).

Notons pour terminer que, comme le souligne Pottier, « le bouddhisme reste un polythéisme » (*Ibid.*), malgré le statut subordonné accordé aux divinités (puisque un homme capable de se libérer du cycle des réincarnations en devenant un Éveillé est supérieur à un dieu). C'est ce qui peut expliquer la coexistence du bouddhisme avec les représentations populaires préboudhiques présentes la région (Laos, Cambodge, Thaïlande etc.), que l'on appelle « culte des génies ».

1.2.2 Le culte des génies⁵¹

1.2.2.1 Généralités

Le culte des génies, les *phi*, n'a pendant longtemps pas été considéré, au Laos, comme une religion propre (*sâsanâ*). On disait d'ailleurs au Laos que les minorités non bouddhisées n'avaient pas de religion. Mais comme le rapporte aussi Pottier (*Ibid.*), j'ai entendu plusieurs

⁵⁰ Les moines doivent respecter 227 préceptes, et les fidèles doivent en respecter cinq : ne pas tuer, ne pas voler, ne pas être infidèle, ne pas mentir, ne pas s'enivrer.

⁵¹ Ce propos se basera principalement sur le travail de R. Pottier (2007), concernant les pratiques thérapeutiques lao, et reposant sur des enquête et terrain long s'étalant sur la période de 1967 à 1970.

fois, sur le terrain, l'expression *sâsanâ phi*, « la religion des génies », prouve que cette expression est rentrée dans les mœurs.

Ce culte des génies se trouve reposer sur des représentations communes à l'ensemble de l'Asie du Sud-Est, ce qui explique de nombreuses similitudes entre les pays. J'ai d'ailleurs été étonnée, à mon arrivée au Laos, de retrouver des représentations et pratiques du culte des génies très correspondantes, mis à part les appellations, à celles que j'avais rencontrées au Cambodge⁵². C'était aussi le cas du langage, dans lequel je trouvais de nombreux mots à racines khmères, héritage des contacts avec les peuples Mon-khmer du Laos et des influences de la civilisation khmère du Cambodge.

Ainsi, selon Pottier, « le culte des génies est d'abord, et principalement, un culte public dont la finalité est de renouveler périodiquement le contrat que les hommes ont conclu avec des génies qui sont censés être les propriétaires légitimes des espaces qu'ils occupent » (2007 : 125). Chez les Lao, le culte des génies coexiste avec les conceptions et pratiques bouddhistes, alors qu'il est la religion des groupes tai non bouddhisés.

Reprenons la terminologie de Choulean (1982 : 16) pour le Cambodge, qui s'appuie lui-même sur une terminologie de Mauss et Hubert⁵³ qui définissent les trois principaux aspects de la pensée religieuse : les **agents**, les **rites**, les **représentations**. Appliquée au système religieux populaire lao, les agents sont les thérapeutes⁵⁴ (*moh ya*, *moh mon*, *moh thevada*), médium (*moh thiem* pour les hommes et *nang thiem* pour les femmes), officiants de cultes réguliers (*cao cam*); les rites sont les rituels et cérémonies d'offrandes aux génies (*lieng phi*, litt. « nourrir les génies »); les représentations sont les êtres surnaturels, c'est-à-dire les génies. En effet, les représentations de la religion populaire lao reposent sur un grand nombre de génies, issus à la fois du panthéon bouddhique et du substrat local (Pottier 2007 : 15).

1.2.2.2 Relations entre les hommes et les génies

Ces relations sont avant tout tributaires du type de génie, et vont de l'indifférence mutuelle à la crainte en passant par la relation contractuelle. Selon Pottier les génies se manifestent de différentes façons aux humains (2007 : 15-20) :

⁵² À ce propos et à titre comparatif, cf. annexe 2 sur les éléments de religion populaire au Cambodge.

⁵³ Mauss et Hubert, « Esquisse d'une théorie générale de la magie », in *Sociologie et Anthropologie*, PUF, 1950.

⁵⁴ Les thérapeutes seront présentés dans la partie « I.3. Paysage thérapeutique et état des lieux de la santé contemporaine ».

-La possession : elle peut être désirée (dans le cadre d'une relation contractuelle avec un génie) et donc bénéfique, ou non désirée (génie malveillant ou génie qui choisit une personne comme médium) donc dangereuse et entraînant la maladie.

-Le présage, le rêve⁵⁵, la suggestion.

-Le malheur, la maladie et la folie : souvent des malheurs répétés, maladies ou comportement étranges peuvent être interprétés comme résultant de l'action d'un génie. L'intéressé peut être la victime d'un génie malveillant ou l'offenseur d'un génie bienveillant.

Ainsi il est possible de lier des relations contractuelles avec certains types de génies, qui accordent leur protections et pouvoir en échange d'actes d'offrandes et d'hommages périodiques. Selon Pottier, c'est ce qui justifie qu'on puisse parler d'un « culte des génies » (2007 : 17), désigné en lao par *lieng phi*, « nourrir les génies ». D'autres génies, pour lesquels il n'y a pas de culte permanent, ne nuisent pas aux humains, ou pas volontairement, tant qu'ils n'ont pas été offensés. Les offenses peuvent se régler en « discutant » (*vao nam phi*), puis en leur rendant un hommage ponctuel. Enfin, d'autres génies, malfaisants par essence, ne discutent pas, et doivent être chassés (*kè phi*). Ainsi « les expressions *lieng phi*, *vao nam phi*, *ke phi* permettent de penser le rapport hommes-génies sur le modèle des relations qui sont observables dans la vie sociale : on traite ses partenaires sur la base d'un principe de réciprocité ; on combat ses ennemis et on négocie avec les autres » (2007 : 18).

Ce sont les thérapeutes, les médiums et les officiants du culte des génies territoriaux qui jouent le rôle d'intermédiaire entre les hommes et les génies, à la fois dans les cérémonies privées (dans le cas d'offense à un génie, de maladie etc.) ou publique (renouvellement collectif de la relation contractuelle avec les génies etc.).

1.2.2.3 Les génies

Sans rentrer ici dans les détails, je me base sur la nomenclature de R. Pottier (2007 : 19-43) - qui choisit de classer ces génies par la relation qu'ils entretiennent avec les humains - pour présenter les principaux génies et de ceux qui interviennent dans le domaine de la procréation dans la région de Vientiane.

⁵⁵ Un jour sur le terrain ma traductrice, Nong, m'a raconté qu'une de ses amies avait fait un rêve de mort. Elle avait rêvé qu'elle se mariait. Devant mon incompréhension, Nong m'expliqua que ce rêve signifie qu'on peut être emporté par un génie dans l'autre monde. En effet, selon Pottier (Pottier 2007 : 25-27), certains génies, les *ngiak thao* (gardien des lacs et des rivières) cherchent à séduire les jeunes femmes. Par la ruse ils les attirent dans leur domaine et les épousent. Elles sont bien traitées mais deviennent des défuntées dans le monde des vivants.

- **Les génies célestes**⁵⁶ (*phi then*, litt. « génie du ciel ») : Les « grand célestes », organisateurs du monde avec lesquels les hommes n'entretiennent pas de relation directe, car ils envoient sur terre les « petits célestes » qui sont des génies auxiliaires.

- **Les génies auxiliaires** : ceux sont ceux qui sont envoyés sur terre comme représentants des Grands Célestes, et ceux qui sont aux services des différents agents (thérapeutes, médiums) qui leur rendent un culte privé en échange de leur service et de leur pouvoir.

- **Les génies gardiens des lieux ou génies locaux** (*phi arak, tchao baun*) : Ce sont les premiers occupants du Pays plat et on les trouve partout dans la nature (arbres, buissons, lacs, collines...). Ils sont indifférents aux humains, on ne leur rend pas de culte régulier. Ils peuvent provoquer des maladies ou malheurs s'ils sont offensés (non-respect de leur territoire par une offrande).

- **Les génies tutélaires** : Ce sont ceux auxquels les hommes rendent un culte régulier, privé et public, et auxquels s'adresse le « culte des phi ». Ils peuvent être des ancêtres (dans les maisons) ou d'anciens génies locaux contractualisés, et on les trouve aux différents niveaux de l'espace social (maison, *meuang*⁵⁷, village, pagode, rizière). Notons que Me Si Meuang, gardienne mythique du Wat Si Meuang (lieu principal du terrain de l'enquête) est un génie du *meuang* (*phi meuang*), aussi appelé « génie du pilier du meuang » (*phi lack meuang*), c'est-à-dire le pilier fondateur des villes.

- **Les génies maléfiques** (*phi hay*, « génie méchant ») : ce sont ces génies malfaisants que l'on craint avec lesquels il n'y a pas de négociation possible, et qu'il faut chasser (*ke phi*). Si tous les génies se caractérisent par leur ambiguïté (leur pouvoir les rend dangereux), ceux-ci sont clairement néfastes. Par exemple les *phi phay* sont les esprits de femmes mortes en couche ou enceintes. En effet le cadavre d'une femme morte en couche et considéré comme impur et ne peut pas être incinéré. Il doit être inhumé, et leur esprit, n'ayant pas pu accomplir leur désir de maternité, s'attaque le plus souvent aux femmes enceintes. Ce type de génie a été mentionné par plusieurs femmes âgées au cours de mes entretiens.

Aujourd'hui, la place du culte des génies au Laos est tributaire de l'histoire et des pratiques locales. Elle est plus grande chez les minorités non bouddhistes et dans les

⁵⁶ Ces génies sont liés à la cosmogonie pré-bouddhique qui divise le monde en trois étages (Pottier 2007 : 20-21) : le « Ciel » (domaine céleste, où vivent les grands génies célestes) ; le « Pays plat » (la terre où vivent les hommes et certains types de génies comme les génies tutélaires, des lieux et les génies maléfiques) ; et le « Pays d'en bas » (monde souterrain où vivent les nains et les ancêtres).

⁵⁷ Le *meuang* désigne une ville ou un district.

campagnes. Au niveau de mon enquête, il est difficile d'évaluer leur place à Vientiane. En effet, ces pratiques populaires ont été considérées comme « arriérées » par le Parti, et on peut penser que l'embrigadement et le discours officiel ont générés une certaine honte de la population de Vientiane à évoquer ce culte, associé aux minorités dévalorisées et non bouddhistes, devant des étrangers. Ainsi, au cours de mes entretiens, les occurrences du discours sur les *phi*⁵⁸ ont principalement concerné Me Si Meuang qui est un génie tutélaire et les génies malfaisants *phi phay* et *phi pop*. Ces derniers ont été évoqués par des femmes de plus de 40 ans, comme danger pour les femmes et leurs bébés après l'accouchement, pendant les pratiques du post-partum.

1.2.3 Cohabitation des deux systèmes

On peut se demander comment coexistent les systèmes de représentation du bouddhisme et du culte des *phi*. En effet, nombreuses sont les incompatibilités apparentes entre ces deux systèmes. Pourtant, les travaux montrent que les lao s'en accommodent et intègrent ces différents éléments en une représentation du monde générale, avec un recours à différentes conceptions selon les contextes. Pottier montre que dans les représentations populaires, génies et entités du bouddhisme sont considérés comme de même nature (2007 : 43). Il aussi été observé par d'autres chercheurs (Condominas 1998 : 115 ; Zago 1972 : 378-379 ; 1986 : 297-311) que ces deux systèmes, au Laos, comme au Cambodge, cohabitaient très bien, et se complétaient. Zago parle d'une « présence simultanée » (1972 : 378) de ces deux systèmes de représentation, à la fois dans les lieux (dans les pagodes il y a un autel pour le génie du lieu), mais aussi par les représentants du pouvoir (le roi était le gardien du bouddhisme mais rendait un culte au génie du pays) et dans les conceptions de la médecine populaire, ce qui ne pose de problème à personne dans la pratique vécue. Si Pottier parle de « juxtaposition » (2007 : 50), Zago et Condominas parlent de « symbiose harmonieuse » (Zago 1972 : 382 ; Condominas 1998 : 115). Pour Zago et Choulean, il s'agirait même d'une forme de complémentarité. Pour le premier, « animisme et bouddhisme sont entre eux dans une relation de complémentarité subordonnée au point de former une unité structurale religieuse et d'apparaître comme les deux composantex ou sous-systèmes de l'unique religion des Lao » (1972 : 380). À travers l'animisme les lao chercheraient le bien être dans leur vie

⁵⁸ Je préciserai qu'en général, mes questions tournant autour de la procréation, je n'ai recueilli que des propos sur les *phi* en lien avec les pratiques liées à la procréation. D'autres orientations des entretiens auraient sûrement provoquées des réponses différentes.

terrestre, la réponse aux maux (maladie, catastrophe), alors que dans le bouddhisme ils chercheraient le bien être pour la vie future. Animisme apporterait des réponses concrètes et bouddhisme des réponses essentielles. Chacun de ces systèmes dans son domaine de compétence, bien être terrestre et salut métaphysique, seraient ainsi complémentaires. Ang Choulean propose la même analyse pour le Cambodge. Le culte des génies peut être perçu comme une façon concrète d'aborder les problèmes de l'existence : ces représentations donnent des solutions concrètes à des problèmes qui se posent à la communauté (épidémies, problèmes de récoltes), à la famille, ou à l'individu. L'animisme explique l'origine des maux, indique les remèdes et la manière de les prévenir. Mais « la dimension mystique de l'existence humaine ne se limite pas pour l'homme à la considération de problèmes qui relèvent de l'utile, au sens restreint du terme » (Choulean, 1986 :310). Il se pose aussi des questions d'un autre ordre, à propos de son avenir et de la signification de sa condition. Quand une catastrophe s'abat, l'animisme fournit des ressources pour maîtriser une situation marquée par la force de la nature, mais demande l'assimilation d'obligation contraignante (acceptation de situations comme inéluctables). Ainsi le bouddhisme permettrait d'agir pour l'avenir, pour le salut moral et spirituel, quand l'animisme permettrait d'agir en vue de résoudre les problèmes du présent. « L'animisme traduit le réalisme de l'homme devant les vicissitudes de la vie quotidienne, puisqu'il y apporte des solutions concrètes et efficaces ». (Choulean, 1986 :311). Notons que ces auteurs sont d'accord pour reconnaître, dans ce système, une supériorité du bouddhisme qui reste la religion officielle de surface, même si en pratique cette distinction n'est pas évidente, ce que nous pourrions constater dans le cadre des pratiques post-partum.

Ainsi, dans les sphères populaires, il n'y a pas de séparation réelle entre bouddhisme et culte des génies, même si les différents pouvoirs en place ont parfois essayé de s'attaquer aux aspects populaires de la religion lao, jugée comme « facteur de morcellement de l'espace social » (Pottier 2007 : 49) face au bouddhisme plus unificateur, ou comme frein à la modernité par le régime communiste du Laos. Mais nous verrons que cette tendance n'est pas si claire aujourd'hui. Ainsi, même s'il est difficile de mesurer le niveau de conviction et d'influence des représentations issues de cette juxtaposition ou symbiose, qu'elles soient d'origines bouddhiste ou animiste, les observations sur le terrain et les lectures semblent montrer que les acteurs manipulent les signes, les rituels, les représentations de ces modèles. Et surtout, face à une certaine pluralité thérapeutique, toute la complexité de la stratégie des acteurs dans la recherche des soins est à analyser.

I.3 Paysage thérapeutique et état des lieux de la santé contemporaine

I.3.1 Éléments de pratiques et représentations populaires et savantes⁵⁹ de la santé au Laos

En me basant sur les travaux de Pottier (2007 : 115-142) de Condominas (1962 : 109-114, 1998 : 106-115) et de Zago (1972 : 271-276), je propose ici de donner un aperçu des représentations de la santé et de la maladie et des principaux thérapeutes et pratiques thérapeutiques du système de santé populaire et savant au Laos.

Les différentes conceptions du corps, de la maladie ou de la douleur que l'on rencontre au Laos reposent sur un ensemble riche de représentations aux origines diverses, liées à l'histoire du pays et aux influences culturelles qui l'ont traversé.

Les représentations de la maladie sont basées sur des conceptions qui laissent transparaître différentes origines: les rites et représentations « autochtones » liées aux interactions avec des entités surnaturelles ; les influences indiennes à travers les représentations issues du brahmanisme, du bouddhisme (notion de *karma*), de la médecine ayurvédique (théorie des humeurs relayée par la médecine savante) ; empreinte de la conception microbienne des maladies venue du protectorat français ; les influences de la médecine chinoise etc. Nous commencerons par voir sous quels termes s'expriment la douleur et la maladie.

I.3.1.1 L'expression du mal

La bonne santé se retranscrit par plusieurs expressions, rapportées par Pottier (2007 : 115-116) et que j'ai moi-même pu relever sur le terrain. La première est *yu di mi heng* (« être bien avoir de la force »). On trouve aussi la formule de salut classique au Laos *sabay di boh* ? (« est-ce que vous allez bien ? »). Pour se référer à la santé en général, on utilise souvent le mot *sukhaphap* qui provient d'un langage relevé car construit sur une racine de pali⁶⁰.

Pottier note cependant qu'il n'y a pas de terme lao pour exprimer le concept de « guérison », et qu'on demande alors si la personne « va mieux » ou si la maladie a « disparu » (2007 :

⁵⁹ J'en réfère ici à la composante écrite de ces représentations, qui renvoie à une forme de médecine « savante », maîtrisée par un petit nombre de spécialistes, et qui dans la population générale revêt une forme « populaire ».

⁶⁰ Le pali est une langue indo-européenne de la famille indo-aryenne parlée autrefois en Inde. Les premiers textes bouddhiques sont conservés dans cette langue, qui est utilisée encore aujourd'hui comme langue liturgique dans le bouddhisme theravada. De nombreux mots du vocabulaire savant lao sont construits sur des racines de pali.

116). Par contre il existe un grand nombre de terme pour décrire la notion de maladie et de douleur. Un état de mal-être sera désigné au négatif « ne pas aller bien » (*boh sabay*), ou « avoir de la fièvre ne pas aller bien » (*pen kha:i leu boh sabbay*). Pour une maladie déterminée ou pour désigner une douleur on utilise le mot *cep*, qui est souvent doublé d'un terme qui précise le type de douleur ressentie et la localisation du mal. Par exemple *cep khay* (« avoir de la fièvre »), *cep siep* (« douleur aigue ») (Pottier 2007 : 117). Ces termes recouvrent la dimension subjective de la maladie (*illness*) (2007 : 118). D'autres mots désignent des états de maladie plus précis comme *puay* qui signifie « souffrir d'une maladie de longue durée » et *so* « être alité », qui renvoie ici à la dimension sociale de la maladie (*sickness*), c'est-à-dire l'emprise de la maladie sur la vie sociale (*Ibid.*). Enfin les thérapeutes utilisent le mot *phanat* qui désigne une maladie aux causes organiques, une entité nosologique (*disease*) (*Ibid.*). Enfin, la coexistence de termes d'origine pali et tai renverrai, selon Pottier, à une partition en théories savantes et populaires de la maladie.

Ainsi, les maladies peuvent être d'origine naturelle, organique, ou bien surnaturelle, causées par un agent extérieur au corps à savoir une entité surnaturelle. Souvent dans les conceptions populaires la frontière n'est cependant pas si nette.

1.3.1.2 Principes physiologiques et anatomiques

Selon Pottier, il y a une parenté entre la théorie médicale lao et la médecine ayurvédique (2007 : 257), en lien avec l'influence indienne, peut-être par le biais des khmers, dont les théories médicales reposent sur les mêmes principes, décrits par S. Crochet (2001) et A.-Y. Guillou (2009). De plus, Pottier avance qu'au Laos la théorie médicale relève en partie d'un savoir écrit et que les moines ont été les premiers lettrés (2007 : 258). Ainsi dans de nombreux textes bouddhiques on retrouverait des notions auxquelles se réfèrent les thérapeutes *moh ya* (« spécialistes es médicaments ») du Laos.

• Les âmes

Un des concepts fondamentaux de la religion populaire lao liée au culte des *phi* est le concept de *khuan* ("âmes")⁶¹. Dans les représentations du corps, les êtres humains ont 31 *khuan*, tous situés dans le corps, (dont les principaux dans la tête pour les groupes thai non bouddhisés⁶²).

⁶¹ L'équivalent au Cambodge est le concept de *bralin*, qui sont au nombre de dix-neuf, situées dans le corps et dans la tête. Cette conception de l'individu se retrouve, selon Pottier, dans toute l'Asie du Sud-Est (2007 : 44)

⁶² Ce qui explique qu'il faille éviter de toucher la tête d'autrui.

Dans certaines circonstances, une partie des âmes peuvent s'enfuir : pendant le sommeil, quand le sujet a été absent de son village, quand les âmes sont attirées par des génies etc. On doit alors procéder à une cérémonie de rappel des âmes (*sou khuan* ou *basi*), dans ce cas curative, mais qui peut être préventive (dans les étapes importantes comme les départs en voyage, les naissances etc. Le départ définitif des âmes, qui sont des « principes vitaux » (Pottier 2007 : 45) cause la mort. La caractéristique de ces âmes est qu'elles ne tiennent pas en place, sont curieuses et promptes à quitter leur hôte. Pottier raconte par exemple qu'il est déconseillé de visiter une femme enceinte car les âmes du bébé pourraient sortir de son corps pour rencontrer les visiteurs, provoquant ainsi une fausse couche (*Ibid.*). Ainsi les *khuan* ne sont au complet dans le corps qu'à la naissance d'un enfant et après une cérémonie de rappel des âmes.

- **Les quatre éléments et le principe de circulation**

Au Laos et au Cambodge, et dans tous les pays de L'Asie du Sud-Est qui pratiquent le bouddhisme theravada, la théorie médicale savante se base sur la distinction de quatre éléments (feu, eau, terre, vent). Cette théorie semble dériver de la médecine ayurvédique qui distingue trois « humeurs » et cinq éléments. Selon Pottier, à l'élément « terre » seraient associées les vingt parties solides du corps humain, et à l'élément « eau » les douze parties liquides qui viennent de la mère, ce tout formant la théorie anatomique du corps (2007 : 263). Les éléments « terre » et « feu » seraient, eux, à la base de la théorie physiologique et étiologique :

« Le cœur est une pompe, dont l'énergie est fournie par le chaleur corporelle (qui relève de l'élément « feu »), et dont la fonction est d'aspirer l'air extérieur, par l'intermédiaire du nez et des poumons /.../, puis de le faire circuler, sous la forme de ce que j'appellerai un « souffle interne » (*lom*, le « vent », le « souffle) à l'intérieur des canaux (*sen en*⁶³, ce terme désignant aussi bien les vaisseaux sanguins que les nerf ou les tendons), qui sont censés parcourir tout l'organisme. Le souffle interne entraîne lui-même les douze parties liquides (le sang et les humeurs), dont dépendent le fonctionnement des vingt parties solides, et l'ensemble des processus physiologiques : les mouvements du corps, les fonctions excrétoires, le vieillissement, etc. » (Pottier 2007 : 264).

Ainsi, les maladies seraient provoquées par un déséquilibre entre les quatre éléments, causant une perturbation de ce « souffle interne » à travers les *sen en*.

⁶³ La même conception se retrouve au Cambodge sous le nom de *sassay* (Crochet 2001 : 383-386).

- **Le chaud (*hon*) et le froid (*yen*)**

Ces deux éléments sont associés à certaines pathologies, qui sont dites « chaudes » ou « froides ». Mais cette classification s'applique aussi et surtout aux aliments et aux médicaments (Pottier 2007 : 264,288 ; Crochet 2001 : 390). Les notions de chaud et de froid ne s'attachent pas à la température des aliments mais à une « qualité permanente » qui produirait des effets sur l'organisme (Strigler 2011 : 140). Ces notions sont liées aux saveurs, à la teneur en eau (le sec est associé au chaud et l'humide au froid), à la valeur énergétique (la viande sera souvent chaude) (Strigler 2011 : 141). Ainsi aux pathologies chaudes seront associés des médicaments froids, et vice-versa. De plus les remèdes « chauds » sont prescrits pour les maladies « caractérisées par un ralentissement de la circulation des "humeurs" dans l'organisme » (*Ibid.*) car le chaud active le vent (*lom*), et inversement pour les remèdes « froids ». Dans le régime alimentaire l'important est de conserver l'équilibre entre les deux, sauf dans les situations d'excès de chaud ou de froid. Par exemple, on déconseillera aux femmes enceintes les aliments « chauds » car ils pourraient provoquer un avortement en accélérant le souffle interne (Pottier 2007 : 265). De même, une femme après l'accouchement a perdu beaucoup de sang, donc de chaleur, et doit « boire chaud et rester au chaud » (*kin hon yu hon*).

Il est intéressant de noter que cette classification duelle fonctionne aussi sur le modèle de classification universelle du monde théorisé par C. Lévi-Strauss. Il postule en effet que les hommes symbolisent le monde en le classant en couples d'oppositions dans lesquels un des termes est connoté de supériorité par rapport à l'autre. Cette théorie est plus tard complétée par Françoise Héritier (1996), qui y rajoute la composante masculin/féminin (le masculin étant universellement associé au terme « supérieur » du couple d'éléments).

- **Les agents extérieurs**

Enfin, Pottier (2007 : 265) rapporte le cas de maladies qui seraient causées par des agents extérieurs, comme les microbes, et les « poisons » (*phit*). La conception des microbes a été introduite au Laos par la médecine coloniale, et est portée par le système médical « officiel », coexistant ainsi avec les théories populaires et savantes de la maladie. Cette notion est donc adoptée par certains thérapeutes. Les poisons désignent les agents pathogènes toxiques qui causeraient des maladies, qu'on soigne avec des médicaments *ke phit* (« chasser le poison »).

Ainsi, ces quelques éléments donnent un aperçu des conceptions physiologiques et anatomiques du corps humain qui sont portées par les théories de médecine « savante » et que l'on retrouve dans les représentations et pratiques populaire de la maladie et du corps.

1.3.1.3 Les thérapeutes « traditionnels »⁶⁴

Sans en faire une liste exhaustive ici, j'en présenterai les principaux. Notons que si les maladies peuvent avoir des causes « naturelles » (perturbation de l'équilibre des éléments, excès de chaud ou de froid, poison, microbe), elles peuvent avoir des causes surnaturelles (vengeance d'un génie offensé, génie malfaisant etc.). Ainsi les thérapeutes sont, en apparence, spécialisés, dans le traitement des maladies « naturelles » avec des remèdes pour certains, dans le traitement des maladies « surnaturelles » avec des incantations pour d'autres. Cependant, cette classification n'est, dans la réalité, pas si évidente. De plus, différents types de spécialistes interviennent pour soigner mais tous ne sont pas explicitement « thérapeutes », comme les moines bouddhistes ou les médiums qui ont essentiellement un rôle religieux mais jouent un rôle thérapeutique secondaire, ou à l'inverse certains thérapeutes qui n'agissent pas seulement sur la maladie (Pottier 2007 : 115).

Le mot principal pour désigner un thérapeute est *moh*, qui désigne en fait un « spécialiste », et s'applique « à tout détenteur d'un pouvoir (et d'un savoir) qui possède une dimension d'ordre magique, si l'on qualifie de « magique » une pratique – ou une technique – qui vise à obtenir une maîtrise sur les choses par des moyens dits « symboliques » dont l'efficacité n'est pas contrôlable expérimentalement. » (Pottier 2007 : 119). Ainsi, les médiums et devins sont des *moh* au même titre que les thérapeutes. Par extension, les médecins du système de santé officiel sont appelés *than moh* (« Monsieur le spécialiste »).

Pour la présentation des thérapeutes, je me base ici à la fois sur les travaux de Pottier (2007 : 119-131) et de Condominas (1998 : 106-115, 1962 : 109-114).

- **Le *moh ya*** (« spécialiste es remèdes »)

Ces spécialistes utilisent principalement des remèdes à bases de plantes, racines et substances animales. Ils soignent les maladies « naturelles » mais peuvent aussi soigner les maladies « surnaturelles ». Parmi les plantes utilisées, celles nommées *wan* ont des propriétés essentiellement magiques (Condominas 1998 : 110). En effet, selon les sources, ils sont

⁶⁴ J'utilise ici le terme « traditionnel » pour reprendre la terminologie lao d'un point de vue *emic*, « traditionnel » s'opposant aux médecins de la médecine internationale « moderne ».

initiés, ont des génies auxiliaires et ont recours à des mantra pour donner du pouvoir à leur remèdes (Pottier 2007 : 119), ou bien ils sont initiés par un parent qui leur enseigne les recettes ou par un séjour au *wat* où se trouveraient nombre de recueils de recettes recopiés par les moines (Condominas 1998 : 109). Enfin, il peut être difficile de reconnaître ces thérapeutes parmi les autres personnes qui ont acquis une connaissance des plantes⁶⁵ et rendent services à leur entourage

- **Le *moh mon*** (« maître es mantra »)

Ces thérapeutes sont spécialisés dans l'utilisation des *mantra*. Condominas les qualifie aussi de « magiciens » car le *mon* désigne le « pouvoir magique » (1998 : 110). Leur pouvoir leur est transmis par un maître au cours d'une initiation. Leur rôle principal est celui d'« exorciste » (1998 : 111) ou de « contre sorcier » (Pottier 2007 : 120), en chassant les *phi* malfaisant comme *phi phay* et *phi phop*. Ce dernier, qui possède des personnes et les transforme en sorcier est chassé par les contrattaques du *moh mon*⁶⁶.

- **Le *moh phi* ou *moh thevada***⁶⁷ (« maître/spécialiste es génies/divinités »)

Ce sont des chamanes (Pottier 2007 : 121), des « hommes communicants avec les *thevada* » et des médiums (Condominas 1998 : 112). Leur mission est d'aller chercher les âmes égarées d'une personne dans l'au-delà par l'intermédiaire de leurs génies auxiliaires, de chasser les *phi* malveillants, de faire descendre des génies du monde d'en haut sur la terre. Ils sont porte-paroles des humains auprès des *thevada*. Ces *moh* sont initiés par un maître. Lorsqu'ils soignent une personne, un lien à vie se crée et cette personne devient son fils ou sa fille adoptive *louk lieng* (« enfant que l'on nourrit »). Il a aussi des élèves, *louk sit*, qu'il initie à son art.

- **Le *moh moh*** (« devin »)

Il a pour mission de diagnostiquer les causes des maladies (Pottier 2007 : 122).

⁶⁵ Les entretiens menés ont montré que pour certains cas de figure notamment le postpartum, de nombreuses personnes connaissent le nom des médicaments « traditionnels », qui sont transmis dans la famille et l'entourage. Certaines personnes développent plus de connaissances que d'autres sans devenir pour autant des *moh ya*.

⁶⁶ D'une manière très similaire aux contre-attaques des désorceleurs du Bocage français décrites par Favret-Saada (1977).

⁶⁷ Les génies (*phi*) auxiliaires de ces *moh* étant assimilés à des *thevada* (dité, entité spirituelle à laquelle on voue un culte) on trouve les deux appellations (Pottier 2007 : 516).

- **Les spécialistes religieux**

Pottier (2007 : 123-125) et Zago (1972 : 273-275) montrent le rôle thérapeutique que jouent les moines bouddhistes. Ce ne sont pas des *moh* car leur statut le leur interdit (Pottier 2007 : 123) : ils ne peuvent chasser les génies (comme les animaux) et ne peuvent théoriquement recevoir de rémunération⁶⁸ (ce qui en pratique se fait et s'observe très communément). Ainsi leur contribution thérapeutique se situe à d'autres niveaux. Par exemple « il existe des services religieux auxquels participent les bonzes et qui ont pour but la guérison du malade ou la prolongation de son existence » (Zago 1972 : 273). De plus, nous avons dit que la théorie médicale savante au Laos provenait en partie d'ouvrages copiés par les moines qu'on trouve dans les pagodes. Les moines connaissent souvent l'art des remèdes, pour se soigner entre eux, et peuvent indiquer des recettes à ceux qui viennent les voir. Enfin, ils participent aux cérémonies de bénédiction des cordelettes de coton qui servent au rappel des âmes, ils peuvent confectionner des talismans de protections bouddhistes, bénir des véhicules pour qu'il ne leur arrive rien etc.

- **Les femmes⁶⁹**

Pottier (2007 : 125-131) et Condominas (1962 : 109-111) évoquent aussi le rôle thérapeutique des femmes au Laos. Tout d'abord, ce sont souvent les détentrices des recettes familiales et des pratiques populaires qui sont souvent le premier recours avant d'aller chez un thérapeute « traditionnel » ou chez un médecin de l'hôpital. Dans le cadre de la procréation par exemple ce sont les femmes de la famille qui entourent la nouvelle accouchée, qui l'aident à mettre en place les pratiques postpartum, qui connaissent les médicaments à prendre. De plus, les accoucheuses et matrones (*me tam nè*) sont plus évoquées dans les discours que les accoucheurs et restent, dans les campagnes notamment, le premier recours des femmes qui accouchent à domicile. Leur rôle est de faciliter l'accouchement par des massages et de couper le cordon. Ce ne sont pas des spécialistes initiées, et leur savoir vient d'un apprentissage empirique. Elles ne sont d'ailleurs pas considérées comme des thérapeutes. Ce sont des femmes qui ont eu des enfants et qui ont aidé d'autres à en avoir. Elles ne sont pas payées mais la famille leur offre une jupe traditionnelle en remerciement. Condominas

⁶⁸ Ce qui, en pratique, est peu respecté. On observe souvent des moines recevant de l'argent au cours des bénédictions dans les pagode. C'est le cas des bonzes officiant les bénédictions dans le temple du Wat Si Meuang par exemple.

⁶⁹ Quant à la place des femmes dans le corps des thérapeutes « traditionnels », je renvoie aux informations fournies par Pottier (2007 : 127-131).

proposait d'ailleurs de faire passer la prévention de l'hygiène de la mortalité maternelle par ces matrones (Condominas 1962 : 111), ce qui se fait aujourd'hui au Laos, puisque par exemple des programmes de l'hôpital Me lè dik forment des accoucheuses volontaires à la prévention et aux réflexes d'urgences dans le cadre d'accouchements difficiles⁷⁰ dans les villages.

Ainsi, nous avons placé le cadre général des représentations et pratiques concernant la médecine « traditionnelle » savante et populaire au Laos. Les auteurs auxquels je me suis référée ont mené leurs enquêtes avant la révolution de 1975, et à l'heure de la réouverture du pays et dans le contexte particulier de Vientiane, il est probable que ces représentations et pratiques aient évoluées, la place des hôpitaux et des cliniques étant aussi plus développée, et les discours sur la « modernité » ayant tendance à déprécier les pratiques « traditionnelles ». Au niveau de mon travail de terrain, qui est à nuancer de par la courte période sur laquelle il s'étend, les mentions faites des thérapeutes « traditionnels » sont rares, et du fait de femmes d'un certain âge. De plus, à Vientiane il semble que l'utilisation des remèdes « traditionnels » ne passe pas forcément par les *moh ya* et relève d'une forme d'automédication, par l'intermédiaire des nombreux marchés des remèdes que l'on trouve dans la ville. Nous reviendrons sur ces questions dans les chapitres suivants.

Pour compléter ces informations, je donnerai maintenant quelques informations concernant les indicateurs de santé au Laos et l'organisation du système de santé « officiel ».

1.3.2 État des lieux de la santé contemporaine

1.3.2.1 Organisation du système de santé officiel

Le système de santé gouvernemental au Laos est basé sur une idéologie de la santé publique comme « espace du politique », puisque « le Parti intègre et préside les sphères décisionnelles du Ministère de la santé » (Mobillion 2010 : 32). En effet, à travers le système de santé et les campagnes publiques de prévention c'est aussi une idéologie qui est propagée, et la santé publique est un des organes du biopolitique et du contrôle des populations. C'est en ce sens que Mobillion présente le système de santé laotien : « Alors qu'en Occident le

⁷⁰ J'ai recueilli ces informations de la part d'une accoucheuse avec laquelle j'ai mené un entretien, elle-même participante de ces programmes.

développement de la biopolitique coïncide, selon Foucault, avec la transformation au XVIII^{ème} siècle des moyens de production et s'impose comme une nécessité pour parvenir au modèle capitaliste, au Laos, il doit contribuer à atteindre l'idéal politique marxiste-léniniste » (Mobillion 2010 : 33). En effet, instaurer un système de santé efficace et pallier à la situation sanitaire critique de 1975 pouvait jouer en la faveur d'une ferveur populaire envers le Parti. De plus, les campagnes de prévention étaient un moyen de diffuser les lignes idéologiques du Parti et « d'éduquer » la population afin de contribuer à la création d'une identité nationale politique et de combattre les pratiques jugées dangereuses pour l'union nationale et la science « rationnelle ». Par exemple, après la révolution, la politique du gouvernement fut « d'intégrer la médecine traditionnelle aux stratégies de santé publique » (Mobillion 2010 : 39), à la fois en accord avec les stratégie de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) concernant la revalorisation de la médecine traditionnelle des plantes dans les politiques de soins de santé primaire⁷¹, mais dans le but de faire des savoirs « traditionnels » un élément de valorisation de la diversité culturelle nationale au service de la création d'une nation unifiée. Mais dans ce cadre la médecine traditionnelle valorisée est celle des plantes et des *moh ya*, alors que la médecine des spécialistes du sacré (pratiques thérapeutiques bouddhistes, *moh mon*, *moh thevada* etc.) a été écartée et combattue car les représentations sur lesquelles elle se basait étaient pressenties comme éléments d'une idéologie concurrente de celle du Parti. Une des techniques principales a été de tourner ces praticiens et ces pratiques en dérision, afin de décourager leur exercice et le recours de la population à leurs services (Mobillion 2010 : 39-40). Les praticiens « traditionnels » de la médecine des plantes ont été pour certains intégrés au système, à travers la création d'Instituts de Recherche sur les Plantes Médicinales (IRPM) en 1976 (collecte et identification des plantes, enseignement, jardin botanique, travail en collaboration avec des industries pharmaceutiques).

L'organisation concrète du système de soin est basée sur le découpage administratif du territoire national: pays, provinces, districts, villages. À l'échelle de chacun de ces niveaux correspond une structure de santé qui est sous la tutelle du niveau supérieur, selon un schéma pyramidal, le niveau supérieur étant sous direct contrôle du Parti (Mobillion 2010 : 36). À l'échelle du village on trouve donc des volontaires de santé et des accoucheuses traditionnelles formées à la santé primaire. Les groupements de villages forment des sous-districts dans lesquels se trouvent des dispensaires, structure de soins élémentaires dispensant les soins primaires, les activités de prévention sanitaire et le suivi des grossesses. Les

⁷¹ On retrouve d'ailleurs le même principe au Cambodge sous la domination Vietnamienne.

hôpitaux de district sont au premier niveau du système de référence pour les habitants du district. Ils offrent un service d'hospitalisation primaire et organisent des activités de prévention dans les villages (hygiène, vaccination etc.). Les hôpitaux de province sont au second niveau du système de référence et offrent un service de soins de base et de spécialités, ainsi qu'une assistance technique aux établissements de santé sous leur responsabilité. Enfin les hôpitaux centraux (à Vientiane les hôpitaux Setthatirat, Mahosot et Melèdik par exemple) sont classés selon leur orientation en médecine générale ou spécialité et sont destinés à toute la population. Mobillion, en citant des sources de 2007 du Ministère de la santé du Laos, dénombre, pour 2005, 8 hôpitaux centraux, 18 hôpitaux de province, 127 hôpitaux de district et 750 dispensaires.

Dans le cadre de l'abandon du programme de collectivisation économique en 1979 et de l'introduction de l'économie de marché en 1986 s'est développé un système de santé privatisé, à travers des pharmacies, et des cabinets médicaux privés (Mobillion 2010 : 45). Cependant, lors du Vème congrès du Parti en 1992, l'État affirme le contrôle direct et indirect du ministère de la santé sur les structures privées, afin de réguler les pratiques salariales privées des fonctionnaires du système de santé public et les conditions d'ouverture des cabinets et pharmacies (niveau de diplôme, exigence de nationalité laotienne des médecins de ces structures etc.). Selon Mobillion, le développement de cette offre de soins privatisée relève d'une stratégie du Parti dans son propre intérêt. En effet, le système de santé public, basé sur la gratuité, était en difficulté (insuffisance de moyens, de médicaments et de matériel, faible salaire du personnel soignant, faible qualité du service etc.), mettant la légitimité de l'État, en partie basée sur le système de santé public et gratuit, en danger. Le développement d'un système privé parallèle a été le moyen de sauvegarder le système public : les pratiques privées de médecins fonctionnaires, informelles jusqu'alors, ont été reconnues et régularisées, apportant ainsi un complément de salaire, et améliorant la qualité des soins. De plus, cette stratégie, en permettant l'implantation de cliniques privées, visait à contenir le recours aux soins des laotiens aisés en Thaïlande. Ainsi, cette libéralisation du système de santé, créant un système public-privé, a permis une diversification de l'offre de soins et canalisé des revendications, renforçant par-là la légitimité de l'État (Mobillion 2010 : 46-47).

1.3.2.2 Quelques indicateurs de santé

En 2013, la population estimée du Laos est d'environ 6,7 millions d'habitants, avec une moyenne d'âge de 21,6 ans. En 2010, la mortalité maternelle était évaluée à 470

morts/100 000 naissances, et pour 2013 le taux de mortalité infantile était de 56,13 morts/1000 naissances, alors que le taux de fertilité est de 2.98 enfants par femmes. L'espérance de vie à la naissance est de 63,14 ans pour 2013. Les médecins seraient 0,27 pour 1 000 personnes. En ce qui concerne l'épidémie du VIH⁷², je rappellerai ici que son profil au Laos est peu connu, en raison du faible taux de dépistage. Le Laos est considéré comme une « pays à épidémie concentrée » avec un taux de prévalence de 0.2% en 2009.

Ces indicateurs, s'ils ont l'avantage de placer un cadre général, doivent être nuancés. En effet, la situation au Laos n'est pas homogène, et entre Vientiane et certaines provinces reculées la situation sanitaire est très différente et les indicateurs changeraient du tout au tout. Par exemple, malgré le maillage territorial du système de santé certaines zones sont très éloignées des structures de santé, ce qui peut poser certains problèmes, notamment en terme d'accès (la plupart des gens n'auront pas les moyens de se rendre à l'hôpital), et donc de gestion des urgences de types gynécologiques ou autres.

I.4 Vientiane

I.4.1 Généralités

Vientiane est la capitale de la République démocratique populaire du Laos (RDPL). Elle est située sur la rive gauche du Mékong, qui marque la frontière avec la Thaïlande.

Depuis le début des années 2000, la ville connaît une expansion brutale, et un fort développement, marqué et motivé par l'accueil du 10^e sommet de l'ASEAN en novembre 2004, celui des 25^e jeux d'Asie du Sud-Est en décembre 2009 et la célébration de son 450^e anniversaire en novembre 2010. Pour illustration, entre 2000 et 2005, le nombre de motos dans la préfecture de Vientiane a augmenté de 73%, et le nombre de véhicules motorisés à quatre roues de 121% (Vallée 2008 : 43). Si on ajoute à cela le développement des infrastructures (stade de Vientiane), des immeubles (hôtels, centre commercial), des structures d'accueil touristiques (restaurants, souvenirs, guest-house), le paysage urbain depuis la fin des années 1990 a été considérablement transformé. Vientiane est un centre urbain attractif pour les populations des provinces. Nombreux sont ceux qui viennent chercher un travail à Vientiane, ou qui envoient leurs enfants y faire leurs études. La population de Vientiane est

⁷² Cf. Chapitre 1, I.2.3 « Le contexte général du projet IRD-ANRS au Laos ».

ainsi composée d'habitants originaires de différentes provinces, de Vientianais, de touristes, d'expatriés. S'y côtoient des milieux très aisés et des milieux très pauvres, correspondant à la paupérisation des populations les plus fragilisées et à l'enrichissement d'une certaine classe sociale, ce qui se traduit par le développement de quartiers résidentiels haut de gamme et la paupérisation de certains quartiers. En 2009, la population était estimée à 799 000 habitants, répartie sur un habitat assez étendu. D'après le dernier recensement national de 2005, la population de Vientiane présente un profil jeune (mais moins que la moyenne nationale), répartie dans des ménages de petite taille (5 personnes en moyenne). La population est en grande partie peuplée de personnes se définissant comme lao et de religion bouddhiste (Lévi, Oton 2009 : 3).

Concernant la procréation, un rapport d'enquête de 2006-2008 ⁷³ (Lévi 2009) révèle que les indices de fécondité sont très faibles (comparé au niveau national) et témoignent d'une natalité très limitée en milieu urbain, phénomène qui semble s'accroître avec le temps, et entre les classes sociales (les femmes des ménages aisés ayant une fécondité moins élevée que ceux des ménages pauvres ou très pauvres, de l'ordre d'un écart de 10 à 15%). L'âge à la première naissance pour les femmes interrogées pour cette enquête s'étend de 14 à 39 ans, 56% des femmes ayant eu leur première grossesse entre 20 et 24 ans. De plus, 70 % de ces femmes auraient accouché dans une structure médicalisée (dont 76 % des femmes issues des ménages les plus aisés et 54% des ménages les plus pauvres). 23% des femmes ont accouché sans assistance médicale à la maison. Cette étude pointe aussi la proportion importante de femmes ayant accouché par césarienne (16,5 % des femmes des ménages très aisés). Enfin, concernant la contraception, ce sont les « méthodes naturelles » qui sont le plus utilisées, 30% des femmes utilisant la pilule au moment de l'enquête. La grande majorité des femmes interrogées pratiquent l'allaitement maternel sur une période d'un an en moyenne.

I.4.2 Le village

Au Laos, les plus petites unités administratives sont les villages, *ban*. Chaque *ban* s'organise autour d'une pagode qui en est le centre névralgique. La ville est elle-même un rassemblement de village. Un village de Vientiane compte environ 1400 habitants (Vallée

⁷³ Ce programme de recherche est basé sur un suivi démographique dans la ville de Vientiane pour évaluer les inégalités d'accès à la santé et à l'éducation selon les niveaux de pauvreté et selon le genre. L'échantillon de population concerne environs mille ménages répartis dans vingt-sept villages, neuf villages par strate (villages très urbanisés, moyennement urbanisés, faiblement urbanisés) et dispersés sur cinq districts de la capitale de Vientiane.

2009). Le dernier périmètre défini pour tracer les limites de la ville date de 2002, c'est le périmètre des 189 villages, c'est-à-dire un espace d'environ 209 km² (Vallée 2009). À l'intérieur de cet espace l'urbanisation est délimitée en couronnes autour du centre de la ville, sur les bords du Mékong. La zone centrale est composée de 25 villages qui forment un espace « continu et compact » (Vallée 2009). La première couronne est constituée de 67 villages, et la seconde de 56 villages. Ces villages, loin d'avoir été « absorbés » par la ville en sont le fondement. En effet, comme J.Vallée le souligne (citant Condominas) et comme j'ai pu le remarquer au cours de mes entretiens, les habitants de Vientiane se réfèrent avant tout au nom de leur village. Par exemple, pour se déplacer en transport collectif, il est plus efficace de donner le nom du village dans lequel on se rend que de donner le nom d'un monument. En effet, « les villages de Vientiane demeurent des espaces structurants pour la population » (Vallée 2009). De plus, la constitution de 1991 a administrativement reconnu le statut juridique des villages qui avait été aboli en 1976. Chaque village est doté d'un chef élu par les habitants tous les deux ans, qui représente la seule forme de représentation élue au niveau local (même si la liste des candidats doit être approuvée par le chef de district), puisque les gouverneurs de provinces et chefs de districts sont des fonctionnaires désignés par l'état. (Vallée 2008 : 39). Le chef de village doit faire appliquer la loi dans son village, et assurer la sécurité et la paix. Il dispose pour cela d'une milice qu'il recrute⁷⁴.

Ainsi, il semble que l'importance socio-spatiale de cette unité administrative se soit maintenue à travers les guerres, l'urbanisation et les déplacements de population. En effet le gouvernement a mis en place depuis 1975 une politique de déplacement de villages de la population montagnarde des hauteurs vers les axes routiers et les plaines. L'objectif affiché dans un premier temps était sécuritaire. Plus tard, ces déplacements ont été justifiés par un double objectif de contrôle des populations et minorités et de développement du territoire. Le principe était de concentrer les populations dans des espaces plus densément peuplés et plus accessibles (Vallée 2008 : 39-40). D'autres populations du centre-ville de Vientiane ont été déplacées dans les périphéries de la ville pour des raisons de constructions immobilières ou de « mise en valeur » de l'espace urbain. Le village, en devenant « un véritable instrument du contrôle territorial » (2008 : 40), a paradoxalement maintenu sa légitimité.

En effet, dans le contexte urbain de Vientiane, où la délimitation entre les villages du centre est invisible à l'œil non averti, on peut se demander si cette unité à encore un sens. De plus,

⁷⁴ Ainsi, lors du couvre-feu (encore officiellement maintenu à Vientiane, même si peu appliqué dans les endroits touristiques), ce sont les milices des villages qui enjoignent les fêtards à rentrer chez eux.

certain auteurs ont attirés l'attention sur le danger de romanticisation abusive de l'unité villageoise (Vallée 2008 : 41), à la manière des anciennes monographies de l'ethnologie « de sauvetage ». Il faut en effet prendre en compte les contextes actuels dans lesquels évoluent ces villages, notamment le contexte urbain dans lequel la densification du bâti, l'absence de limite physique des villages, l'abandon des activités de culture, ou l'adoption du mode de vie urbain peuvent mettre en péril les solidarités villageoises. Il semble pourtant, selon J. Vallée, que « les villages de Vientiane demeurent des espaces structurants pour la population : les habitants se réfèrent en effet tous à leur village de résidence pour définir leur espace de vie quotidien et les autorités villageoises sont reconnues et respectées » (Vallée 2009).

Ainsi, le lieu de vie de référence, au sein de la ville, est le village, qui joue donc un rôle non négligeable dans le cadre des pratiques de santé populaire, puisqu'il est aussi le lieu qui permet la transmission d'informations, l'échange de conseils, et le maintien de certaines formes de solidarités.

II. Le site principal de l'enquête

Le site principal de l'enquête, le Wat Si Meuang, est situé dans le village de Ban Si Meuang, dans le centre de la ville de Vientiane, près des rives du Mekong.

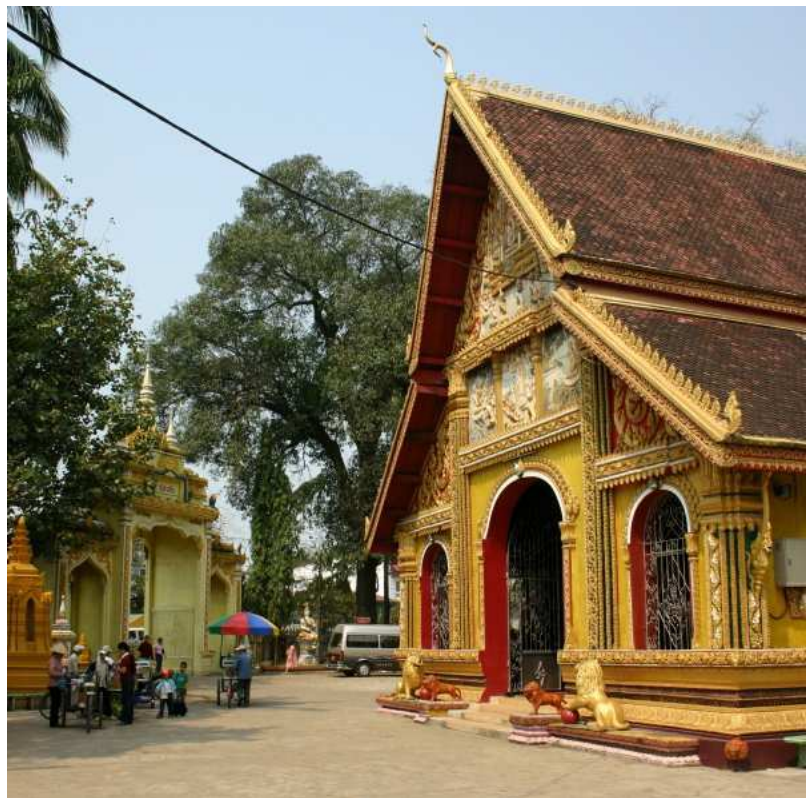
II.1 Une pagode

Dès les premiers jours de terrain et d'observation il est apparu évident que ce lieu d'enquête était un lieu symbolique particulièrement important du bouddhisme populaire. Tous les entretiens recueillis et les personnes rencontrées se sont accordés sur le fait que « cette pagode est sacrée », et que « c'est la pagode du pays »⁷⁵. Qu'ils soient de Vientiane ou d'une province reculée du Laos, Coréens ou Thaïlandais, tous les pratiquants du bouddhisme theravada rencontrés sur les lieux connaissaient ou avaient entendu parler de cette pagode, qui était un passage obligé et parfois même le but de leur séjour à Vientiane.

⁷⁵ Les pagodes sont toutes attachées à un *ban* (« village ») ou *meuang*. Selon leur rayonnement, elles peuvent être la pagode du village, de la ville (plusieurs villages réunis), ou du pays.

Il apparaît que cette pagode a été fondée en 1563 sous le règne du Roi Setthathirat. Elle a été détruite par les Siamois en 1828, comme la plupart des autres temples de Vientiane, reconstruite en 1915 et agrandie en 1960. Elle est actuellement en bon état, régulièrement entretenue par les bonzes. À côté du temple principal se trouvent les restes d'un ancien *stupa*⁷⁶, probablement d'origine khmère. Il semble que ce soit une des plus anciennes pagodes de Vientiane. Pour ajouter à la « sacralité » du lieu, il semble qu'un oiseau « marabout » ait élu domicile sur le stupa et ne la quitte plus depuis (fig.3).

Fig. 2 : L'entrée du temple du Wat Si Meuang et les marchands ambulants. Source : <http://asiaforvisitors.com/laos/vientiane/watmuang/>



⁷⁶ Le *stūpa* est une structure architecturale bouddhiste que l'on trouve dans le sous-continent indien, dont il est originaire, mais aussi dans le reste de l'Asie, où il a suivi l'expansion du bouddhisme. C'est à la fois une représentation aniconique du Bouddha et un monument commémorant sa mort.

Fig. 3. Le marabout du *stupa*, 03/2013, A. Philippe.



Selon les dires, la pagode aurait été construite autour du pilier de la ville qui est abrité dans la seconde salle du temple (fig 2).

Une rapide recherche internet donne un aperçu de la « légende » de la pagode :

« Cette pagode semble d'ailleurs dédiée au culte de la fécondité : aujourd'hui encore, de nombreux pèlerins, hommes et femmes, viennent soulever une grossière statue évoquant elle-même un linga, en formulant des vœux généralement liés à la conception. »⁷⁷

« Le Wat Si Meuang fut construit autour du pilier de la ville, censé abriter le génie tutélaire de la capitale. La légende remonte au XVI^e siècle lorsque le roi Setthathirat décida de s'installer à Vientiane. On dit qu'il avait opté pour la rive Ouest du Mékong mais qu'un Nâga sacré le conduisit à cet emplacement. On dit aussi qu'une jeune femme enceinte, nommée Nang Si, fut ensevelie sous l'énorme pilier de pierre. Au Laos, le culte des génies, bien qu'officiellement interdit, est encore très vivace et se mêle à la religion. C'est la raison pour laquelle le Wat Si Meuang jouit d'une grande popularité, les offrandes de fleurs, de fruits et d'encens y sont continuelles et alimentent un commerce autour du temple »⁷⁸

L'histoire varie en fonction des personnes et de ce qu'elles ont-elles-mêmes entendu, mais garde une base commune : lors de la fondation de la ville (*meuang*), le roi Setthathirat avait fait creuser un trou pour y enterrer le pilier fondateur. Ce trou était assez large pour y recevoir

⁷⁷ <http://www.ambafrance-laos.org/Vientiane-le-vat-Simuang>

⁷⁸ http://gilkergru.free.fr/Asie/Laos/Vientiane/Vat_Si_Muang/Vat_Si_Muang.htm

un cheval et une personne à sacrifier qui deviendrait le génie tutélaire du lieu. Une jeune femme enceinte nommée Nang Si se porta volontaire et se jeta dans le trou. Elle devint Me Si Meuang (litt. « Mère Si du *Meuang* »). Plus tard le temple fut construit autour du pilier.

Voici la version d'un des employés de la pagode (laïc) :

« Autrefois, avant qu'on construise le village, selon la croyance il fallait avoir un pilier pour protéger le village. Donc il fallait sacrifier quelqu'un en l'enterrant sous le pilier. Le chef du village a sonné le gong pour annoncer à 117 villages alentours pendant plusieurs jours. Par hasard, Me Si Meuang qui habitait à Ban Sokgnyaiy, était venue avec ses amis à l'endroit où on allait construire Vat Si Meuang, environ en 1009. Elle a été volontaire pour le sacrifice. On a creusé un grand trou et il y avait une grande pierre et un cheval pour être le moyen de transport de la personne sacrifiée. Me Si Meuang a marché trois tours autour du trou et puis elle s'est jetée dedans. Ensuite on a jeté le cheval dans ce trou. Ensuite le conseil (comité) du village a annoncé que ce sacrifice avait réussi. Et on a célébré ce pilier. On a nommé ce pilier Me Si Meuang. Et puis on a construit le temple par-dessus (autour) de ce pilier car le roi Fa Ngoum avait amené le bouddhisme. »⁷⁹

Il semblait donc que la légende de Me Si Meuang et de son culte de fécondité était connue (et très certainement utilisée pour rajouter un caractère « sacré » pittoresque apprécié de nombreux touristes). De plus, ce type de légende n'est pas unique au Laos. En effet, R. Pottier en évoque une similaire (les termes utilisés sont les mêmes) à propos de la fondation de Luang Prabang (2007 : 30). Madame Man, veuve, s'est portée volontaire pour être sacrifiée sous le pilier et est devenue l'épouse du génie du village (et non le génie lui-même comme dans le cas de Me Si Meuang).

⁷⁹ M. Manosith. Employé laïc de la pagode, responsable du temple, Entretien n°6, le 06/03/13, Wat Si Meuang.

II.2 L'organisation du site

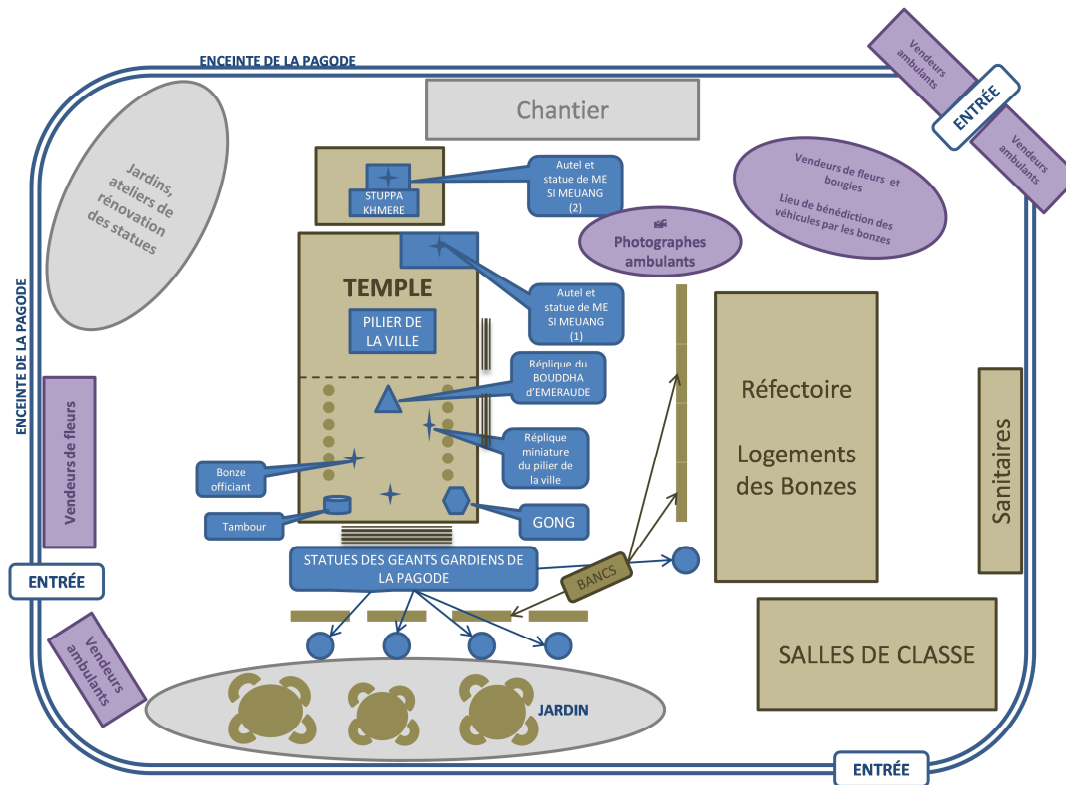


Fig. 4. Plan de la pagode. A. Philippe

Le *Wat Si Muang* est construit sur le modèle classique des pagodes du bouddhisme theravada (fig.4) : il est entouré d'une enceinte percée de trois entrées. Assez spacieux, il est composé de plusieurs bâtiments espacés, et d'espaces de « jardins » ombragés. Le temple (*sim*) est composé de deux pièces. Dans la première se trouve une réplique du bouddha d'émeraude, un gong et un tambour, le moine officiant en charge des bénédictions, ainsi qu'une réplique miniature du pilier. La seconde salle abrite le pilier de la ville au centre (fig.5), ainsi que la statue principale et l'autel de Me Si Meuang. Du temple s'élève une musique traditionnelle retransmise par des haut-parleurs dans le reste de la pagode, et régulièrement les trois coups de gong emplissent les lieux, le tout créant une ambiance qui ne laisse pas indifférent. Derrière le temple se tient un ancien *stupa* (supposé d'origine khmère), et une seconde statue de Me Si Meuang. À proximité se trouvent le réfectoire et les logements des bonzes, les salles de classe, les sanitaires, des statues disséminées, ainsi que plusieurs vendeurs ambulants (d'offrandes, de nourriture, et de souvenirs) et des photographes.

La fonction de chacun de ces lieux m'a été explicitée par mon assistante de recherche lorsque nous avons effectué le parcours des fidèles du temple⁸⁰.

Fig. 5. Prière devant le pilier de la ville. 2^{ème} salle du temple.
03/2013. A. Philippe.



Observations tirées du journal de terrain au jour du 20-02-213

Les personnes achètent des fleurs à l'entrée de la pagode puis se rendent dans le temple pour suivre les différentes « étapes » : dans la seconde salle les gens effectuent une prière avec des offrandes, devant le pilier de la ville puis l'autel de Me Si Meuang ; dans la première salle ils font bénir un bracelet de coton que le bonze leur attache au poignet, puis font une prière devant la réplique du bouddha d'émeraude, et finissent par essayer de soulever un bloc de pierre conique qui est la réplique miniature du pilier de la ville. Avant de sortir ils sonnent le gong trois fois (ou le tambour).

⁸⁰ Cf. Annexe 4.

II.3 La fréquentation du site



Fig. 6. Le temple. 03/2013. A. Philippe

La pratique veut que les visiteurs du temple acquièrent la « bonne fortune ». Lors du « parcours » les visiteurs peuvent formuler une demande, un souhait, au pilier de la ville ou envers Me Si Meuang. Le demandeur doit promettre de revenir faire une offrande spécifique si le souhait se réalise et s'engager à respecter sa promesse. Les offrandes sont généralement des noix de coco, des bougies, des fleurs de bananier, ou des offrandes fabriquées dans les échoppes autour et à l'intérieur de l'enceinte du *wat*.

De plus, cette pagode est spécialisée dans la bénédiction des nouveaux véhicules (voitures, moto) pour éviter les accidents. Les gens viennent aussi y demander protection avant un voyage, succès aux examens, et, comme l'enquête le montre, protection de la famille, accouchement facile, aide pour avoir des enfants.

La fréquentation du lieu varie du tout au tout selon les heures et les jours de la semaine. Très calme en milieu de semaine, en milieu de journée et après le coucher du soleil (18h30

environ), il peut être très animé, même surpeuplé, les week-ends, les jours de *boun* (« célébrations bouddhiques »), les jours importants du calendrier lunaire bouddhiste (*wan sin, boun visa: ka bu:sa:*)⁸¹, les jours fériés (fête de la femme, nouvel an lao « *pi maï* ») le matin et en fin d'après-midi.

Au cours des observations, j'ai pu déterminer les principaux « types » de populations qui fréquentent les lieux :

-Les « résidents » (qui habitent ou non les lieux mais sont là tous les jours, qu'on est amené à croiser souvent) : les bonzes, les novices, les employés laïcs de la pagode (qui sont responsables des cultes), les marchands ambulants, les vendeurs d'offrandes et les photographes.

-Les visiteurs : les résidents de Vientiane qui viennent régulièrement (dont de nombreux étudiants), les habitants des provinces qui passent à la pagode au cours de leur séjour à Vientiane, les touristes thaïlandais⁸² et coréens (seuls ou en groupes organisés), et les divers touristes occidentaux.

Les moments et la fréquentation influaient largement sur la réalisation de l'enquête de terrain, sur notre position, sur la disponibilité des gens, sur la familiarité de nos échanges avec les « résidents ». Les lao semblent éviter l'afflux touristique, et il était souvent difficile d'entrer en contact avec les acteurs durant les pics de fréquentation, qui étaient *a contrario* des moments d'observation très riches. En effet, j'avais fait le choix de ne faire des entretiens qu'avec des laotiens⁸³, afin de circonscrire l'enquête.

Ainsi, une des spécificités de ce *wat* est d'être à la fois un lieu hautement touristique et un lieu de culte populaire et quotidien, un haut lieu du bouddhisme qui abrite aussi le culte des génies (*phi*) et notamment de Me si Meuang (qui est l'entité protectrice du temple, « *tchao wat* »). Ainsi, on y croise des personnes d'origines et fonctions sociales diverses, et de tous les âges. Cette configuration permettait d'avoir accès à un discours qui pourrait symboliquement être représentatif de Vientiane : cosmopolite, mouvant, syncrétique, urbain. Les premières observations dans ce lieu m'ont aussi permis de considérer différemment le choix de la ville de Vientiane, qui était au début un choix pratique, dû aux contraintes de temps. En effet, j'ai pu remarquer lors de mes échanges avec d'autres chercheurs que faire un terrain « urbain » au

⁸¹ Il n'y a pas de convention unique pour la retranscription des mots en lao. Dans ce mémoire j'utilise ma propre retranscription basée sur la phonétique française et la retranscription des sons. Le (:) marquent les voyelles longues.

⁸² Cette pagode a apparemment une importance symbolique très forte pour les thaïlandais.

⁸³ J'utilise le mot « lao » pour désigner les personnes se reconnaissant de l'ethnie *lao loum*, et le terme « laotien » pour les personnes de nationalité laotienne.

Laos n'était pas courant. Nombre de mes interlocuteurs ne comprenaient pas pourquoi un ethnologue faisait une étude à Vientiane alors que les provinces préservées du Laos offraient une immense diversité de « groupes ethniques ». On me rétorquait souvent que les pratiques de grossesses à Vientiane n'étaient en rien représentatives du pays, ce qui est pertinent. Mais justement, il semblait que s'intéresser aux syncrétismes, phénomènes de mutations et dynamiques des pratiques et représentations à l'œuvre dans une ville subissant de tels bouleversements⁸⁴ avait une certaine pertinence, même si Vientiane est une exception au Laos.

II.4 Pertinence du site principal de terrain

« Le domaine de la médecine s'est, dans la civilisation lao, largement autonomisé par rapport à celui de la religion. Cette autonomisation n'est cependant pas complète, ce qui explique /.../ le rôle thérapeutique que jouent, secondairement, les moines et les médiums. /.../ En d'autres termes, la maladie reste partiellement conçue comme une modalité particulière du malheur. » (Pottier 2007 : 115).

En effet, si en contexte urbain la réouverture du pays et le processus d'accélération de la globalisation qui s'ensuit ont certainement contribué à une plus grande séparation de la médecine et de la religion, notamment dans les jeunes générations, les liens entre le domaine de la santé et le domaine de la religion restent significatifs, notamment dans certains lieux, comme le Wat Si Meuang, et leurs évolutions méritent d'être questionnées. La caractéristique principale de cette pagode est de rassembler des acteurs à la recherche de la préservation de leur santé ou de la résolution de problèmes liés, entre autre, à la santé, et plus particulièrement à la procréation. Ce n'est d'ailleurs sans doute pas un hasard si c'est au sein de cette pagode que j'ai rencontré le seul « médecin traditionnel »⁸⁵ de cette enquête, qui était en fait un moine, qui exerçait la médecine des plantes avant sa prise du froc. En effet, le savoir thérapeutique lao s'est transmis de génération en génération, mais sa composante « savante » a été conservée en partie dans les pagodes. Les premiers lettrés étaient des moines qui ont rédigés des manuscrits sur la question. De plus, la pratique de la prise du froc périodique par les hommes a permis aux thérapeutes de contribuer à l'évolution et à la constitution de ce

⁸⁴ Il y a cinq ans le parc automobile était inexistant, il n'y avait pas de supermarché, les routes n'étaient que rarement goudronnées. Ces exemples très caricaturaux n'étant qu'un aperçu de changements profonds à l'œuvre dans la structure sociale et économique de la ville.

⁸⁵ Désigné en ces termes par son ancienne épouse.

savoir (Pottier 2007 : 123 ; Condominas 1998). Ainsi il n'est pas rare que les moines aient une certaine connaissance des plantes médicinales et pratiquent des rituels ayant pour objectif la guérison ou le maintien de la bonne santé (Zago 1972 : 273).

Ainsi, l'observation et la rencontre d'acteurs à travers un lieu religieux m'ont permis d'aborder de façon plus naturelle les pratiques thérapeutiques populaires autour de la procréation. De plus, ce contexte m'a permis de questionner les liens entre médecine et religion dans le contexte culturel lao ainsi que dans le contexte politique, et notamment le rôle du Parti dans la gestion des relations entre le religieux et le thérapeutique. Par exemple, alors que j'ai pu observer la fréquentation et la ferveur populaire envers Me Si Meuang à travers les rituels d'offrandes et de prières devant son autel, les discours des acteurs faisaient peu mentions des thérapeutes « traditionnels ». Cela traduisait-il une évolution des pratiques, les savoirs de la médecine traditionnelle étant plus pratiqués dans le cadre populaire et domestique, ou bien cela renvoyait-il aux tentatives de suppression des pratiques et représentations de la médecine traditionnelle (savante et populaire) à composante religieuse menées par le Parti ? Ces questions nous accompagneront au long de l'analyse des données recueillies.

Cette entrée sur le terrain confirme la légitimité et la pertinence de la question du religieux en anthropologie de la santé, non pas pour elle-même ni comme thématique centrale, mais pour l'étude de son rôle dans les représentations et pratiques autour de la santé de la procréation, et les implications de ce rapport, qui doivent être considérés dans la perspective de l'étude de la globalisation de ces représentations et pratiques et de leurs évolutions dans le contexte contemporain de Vientiane. Depuis *Medicine, Magic and Religion* de Rivers (1924) la place du religieux a été très étudiée en anthropologie de la santé. Notre objet ici n'est pas le religieux en soi, mais plutôt les stratégies des acteurs face au religieux à travers l'évolution des savoirs et des pratiques populaires de la procréation confrontée à un système médical international dominant soutenu par un contexte politique ferme exerçant un pouvoir de type biopolitique dans un contexte d'interventionnisme au nom du développement et de la santé mondiale.

III. Choix et ajustements méthodologiques

Avant de se pencher concrètement sur les données issues du terrain, il semble important de s'arrêter sur les choix méthodologiques qui ont été faits au cours de cette recherche, afin d'analyser la démarche scientifique *a posteriori* et dans une perspective réflexive. En effet, en quoi ces choix et réajustements jouent-ils un rôle déterminant dans les interactions avec les acteurs et le recueil des données ?

III.1 Considérations générales

Je commencerai ici par clarifier les positions méthodologiques adoptées au cours de la construction de l'objet et de l'enquête de terrain.

III.1.1 Du contexte à l'objet, de l'objet à la méthode, du contexte à la méthode et de l'objet au contexte

A posteriori, il semble que cette recherche de terrain ait fonctionné selon un principe empirique. Ainsi le contexte, le processus de reformulation de l'objet de recherche, le déroulement de l'enquête, et les données récoltées ont guidé la méthodologie adoptée. La prise de conscience de ce phénomène doit permettre de l'analyser, de le théoriser, et de l'utiliser. Tout chercheur a en effet acquis un certain bagage théorique et méthodologique, issu de sa formation et de ses expériences de terrain. Mes recherches au Cambodge, dans un contexte institutionnel très différent, m'avaient formée à certaines méthodes, adaptées à un certain contexte, et à un terrain de longue durée. Les lieux d'enquêtes, qui influent sur la réalisation des entretiens, étaient très différents. C'étaient des lieux où les acteurs avaient le temps, des lieux où ils devaient « être là » de façon plus ou moins prolongée : des services hospitaliers, des salles d'attentes de consultation, une pagode où les acteurs résidaient, des domiciles. Or ce n'était pas le cas au Wat Si Meuang. Excepté pour les acteurs « résidents », cette pagode est avant tout un lieu de passage : un lieu où les gens viennent faire quelque chose avant de s'en retourner à leurs occupations quotidiennes. Il est très différent de mener des entretiens dans ce contexte qui requiert un certain nombre d'ajustements méthodologiques. Au début de l'enquête, les méthodes utilisées n'étaient pas suffisamment

adaptées au contexte. La qualité des entretiens et des interactions s'en ressentait (impatience des interlocuteurs, refus d'entretiens, entretiens interrompus). Ce n'est qu'après les premiers jours que j'ai saisi l'importance de cette donnée « temps » et les particularités du site, l'expérience aidant à réajuster peu à peu les méthodes. Ainsi la méthode est avant tout construite en fonction des contextes de son application, comme cela a été le cas pour ce travail de terrain.

En parallèle, il faut rappeler que « l'objet et la méthode sont inextricablement liés » (Fainzang 1994 : 4). C'est ce que fait Sylvie Fainzang en revenant sur la construction de son objet de recherche, dans le cadre de l'ethnologie d'un mouvement d'anciens buveurs. Ainsi selon elle, « la plupart des ethnologues évoquent généralement soit la méthodologie soit l'objet. Ces deux dimensions me semblent indissociables et également liées au type de problématique que l'on se donne. » (1994 : 4). En effet, il paraît peu stratégique de construire une méthode figée que l'on chercherait à « plaquer » sur n'importe quel objet. Il semblerait tout aussi absurde de modeler son objet pour qu'il « convienne » à une méthode. Mais dans un autre sens, les méthodes ne peuvent changer du tout au tout en fonction des objets auxquelles elles s'appliquent. C'est le principe de la formation anthropologique – et l'expérience – qui donnent des clefs méthodologiques, des fondamentaux que le chercheur doit adapter avec bon sens à son objet de recherche. Ces considérations, si évidentes qu'elles puissent paraître, méritent d'être évoquées, afin que le chercheur puisse adopter le recul nécessaire.

Je terminerai par deux exemples évocateurs :

Le premier a trait à la façon dont le contexte a pu faire évoluer l'objet de la recherche. L'objet de départ était large pour pouvoir aborder le terrain sans trop d'œillères, et voir ce qui s'y trouverait. Il s'agissait donc d'observer les pratiques et de questionner les acteurs sur leurs expériences de grossesse, d'accouchement, de pratiques post-partum et d'allaitement, ainsi que sur leurs rapports aux soins à travers ces différentes étapes. C'est sur cette base que se déroulaient les premiers entretiens. Mais pendant plusieurs jours, nous⁸⁶ n'avons pas vu la moindre femme enceinte, et essuyé nombre de refus (dus à cette contrainte de temps, ou à la fréquentation trop élevée de la pagode). Et bien souvent les seuls visiteurs disponibles à la pagode étaient des étudiantes. Je n'avais au début pas prévu de les cibler particulièrement, et ne savais comment orienter les entretiens (elles n'avaient pas *a priori* d'expériences dans la santé de la reproduction). Mais elles étaient là, nombreuses, et souvent intéressées par l'échange et le jeu de l'entretien. J'orientai alors les discussions vers leurs expériences au sein

⁸⁶ Lorsqu'il s'agit de l'enquête de terrain, le « nous » se réfère à la traductrice, Nong et à moi-même.

de la famille (nombre de frères et sœurs, expériences de grossesse des mères, sœurs ou tantes, souvenir de participations ou observations à certaines pratiques). Puis j'ai commencé à m'intéresser à leur savoir sur les questions de procréation, leur désir d'enfant, leurs représentations concernant le mariage, la famille, la maternité. Elles avaient des choses à dire, et tenaient des discours différents des femmes plus âgées. Finalement, s'ouvrait une tout autre direction, à savoir les pratiques et représentations contemporaines des étudiantes du Laos⁸⁷ concernant la procréation, notamment à travers les relations amoureuses, le rapport à la sexualité, à la contraception, le désir d'enfant, la conception de la famille etc⁸⁸. De plus, ce champ tout à fait riche entrait en résonance avec le discours et les pratiques des femmes des générations de leurs mères. Les mères nous parlaient aussi des pratiques des nouvelles générations et de la « modernité », les étudiantes nous parlaient des pratiques de leurs mères et de la « tradition ». Ce « dédoublement » de l'objet s'est fait peu à peu, ces deux aspects complémentaires lui apportant une pertinence nouvelle.

Le second et dernier exemple que j'évoquerai concerne la façon dont l'objet a influencé le contexte, c'est-à-dire dirigé l'enquête vers un nouveau lieu d'enquête. Au cours des entretiens à la pagode, la plupart des questions que nous posions concernant le recours à la médecine « traditionnelle » ou « populaire », (traitements et thérapeutes) récoltaient des réponses négatives, évasives, ou des réponses « hors sujet » signes d'un possible évitement. Or le village dans lequel je résidais (Ban Saylom) abritait un grand marché de médicaments traditionnels et de simples⁸⁹. Nous sommes parties du principe que si personne n'achetait, mais que tous les marchands vendaient, certains éléments devaient nous échapper. En parallèle, à travers le développement d'une partie de l'enquête sur les pratiques et représentations des étudiantes, je commençais à discuter de contraception, d'avortement, de désir d'enfant (préférence d'un garçon, d'une fille) et d'infécondité dans les entretiens, avec les étudiantes comme « les mères ». Les réponses étaient souvent évasives, la sensibilité du sujet nécessitant une fréquentation plus assidue des acteurs pour obtenir des données. La solution a alors été de faire un « détour » de terrain, en opérant des observations dans le marché aux médicaments, auprès des commerçants, des clients. Cela permettait de questionner le recours à la médecine populaire ou « traditionnelle » dans un tout autre contexte, et de se renseigner sur les différents médicaments destinés aux femmes et à leurs effets. C'est ainsi que nous avons pu obtenir les premiers discours sur la contraception,

⁸⁷ Il n'y a d'universités qu'à Vientiane, la capitale.

⁸⁸ Même si, nous le verrons, les discussions sur ces questions sont loin d'être évidentes.

⁸⁹ Terme botanique désignant les plantes médicinales.

l'infécondité, l'avortement, qui faisaient tous l'objet de médicaments particuliers, témoignant d'une certaine forme de leur traitement social. De plus, cela a permis d'élargir les recherches à un lieu de terrain différent et complémentaire, qui avec plus de temps, aurait mérité d'être mieux exploré. En effet, le succès de ces marchés de médicaments « traditionnels » pourrait témoigner d'une « individualisation » (à travers l'automédication) et d'une privatisation du rapport à la médecine « traditionnelle », qui ne passerait plus forcément par les thérapeutes ou un cadre formel mais se jouerait dans le cadre domestique reposant sur la transmission des savoirs et leur utilisation populaire.

Ces exemples illustrent donc la façon dont le contexte, la méthode et l'objet s'auto-ajustent mutuellement tout au long de l'enquête.

III.1.2 Les spécificités du terrain

Parmi ses spécificités, le lieu principal du terrain a ceci de notable qu'il n'abrite pas une « communauté » qui se rassemblerait volontairement sur le partage de valeurs communes⁹⁰ mais des acteurs dont les interactions sur un même lieu sont provoquées par leurs représentations et pratiques bouddhistes et le rayonnement du lieu. Il ne s'agit pas de travailler sur une communauté délimitée telle qu'une association d'anciens alcooliques ou un village, mais dans un lieu géographiquement limité abritant une population hétéroclite de passage. Le but de ce travail n'était donc pas d'étudier les logiques de fonctionnement d'un groupe, mais les pratiques et représentations d'un « échantillon » d'acteurs concernant certains phénomènes de santé, sachant que le cadre dans lequel ils étaient postulait leur intégration des représentations bouddhistes. À la question que je me suis alors posée - c'est-à-dire « comment faire sens de ce regroupement d'acteurs ? » – il m'a semblé que justement, l'intérêt de cette configuration était le caractère hétéroclite des acteurs rencontrés. Les écarts ou similarités de leurs pratiques et de leurs perceptions étaient alors d'autant plus intéressants à analyser. En effet :

« Tout univers socioculturel peut fournir un terrain à l'ethnologue mais c'est la manière d'appréhender son objet au plan méthodologique, logiquement liée à la manière de le construire par différence avec les autres disciplines, qui en fait un terrain ethnologique. Christian Bromberger a très justement souligné la nécessité de se laisser "guider par les injonctions du terrain", préconisant l'adoption d'une attitude souple à l'égard de son objet. Cette consigne de souplesse est sans doute

⁹⁰ Je me réfère ici aux « visiteurs » et non aux « résidents ».

la plus sage, si l'on ne veut pas s'interdire d'étudier des phénomènes dont l'importance n'était pas soupçonnée au départ » (Fainzang 1994 : 9).

Dans le contexte de cette recherche, la souplesse et l'approche empirique étaient les moyens qui permettraient d'« improviser » un terrain pertinent.

III.2 L'observation

Une partie de l'enquête de terrain a été basée sur l'observation, tant dans les situations quotidiennes de vie que sur le terrain à proprement parler. On peut se demander si cette observation peut être qualifiée de « participante »⁹¹, car ma « participation » sur le terrain était aussi réduite que le temps dont je disposais était court. Je me suis rendue à la pagode quasiment tous les jours pendant un mois, et les « résidents » nous connaissaient, la traductrice et moi. Notre présence ne les étonnait plus, et nous interagissions avec eux régulièrement. De plus, nous faisons parfois le « parcours » des pratiquants, passant d'une salle du temple à l'autre et faisant des offrandes à chaque étape (bénédictio du bonze, réplique du pilier, pilier de la ville, autel de Me Si Meuang). Il semblait important pour plusieurs acteurs que je demande la permission et l'aide de Me Si Meuang pour la réalisation de l'enquête dans sa pagode, ce que je fis, m'engageant à revenir pour remplir ma promesse si l'enquête se déroulait bien. Mais pour les « visiteurs » nous étions des inconnues, et il était difficile de créer des relations sur le long terme. Certains d'entre eux ont accepté de nous recevoir chez eux, ce qui permettait de sortir du cadre de la pagode, d'avoir plus de temps, et des données d'observation différentes. De plus, à travers mon propre réseau et celui de la traductrice, j'ai été amenée à participer à plusieurs situations de vie quotidienne (cérémonie funéraire, vie en famille, présentation de nouveau-né, repas...), et à observer différents contextes. Il n'en reste pas moins que l'observation n'était pas aussi « participante » qu'elle l'aurait été en résidant plusieurs mois à la pagode. Ainsi je parlerais plus d'une « attention flottante » (Pétonnet 1982) quotidienne et d'une forme de curiosité appliquée à tout ce que je voyais. Il est regrettable que dans le cadre de cette étude il soit difficile d'atteindre le « caractère heuristique que recèle l'observation de longue durée, propre à la méthode ethnologique » (Fainzang 1994 : 9). Il est certain que je n'ai pas pu, comme le propose S. Fainzang, « procéder à une observation et une fréquentation assidues des sujets, que seul le terrain de longue durée autorise. Cette méthode me paraît irremplaçable, tant il est vrai qu'un

⁹¹ Au sens de Malinowski dans *Les Argonautes du Pacifique occidental* (1922).

mode différent de recueil des données entraîne un type différent de données recueillies. » (1994 : 8). Un mois effectif de recueil de données et de fréquentation des lieux (ajouté aux problèmes de langue) ne permet pas une immersion de longue durée. L'analyse des données doit donc tenir compte de ces éléments.

Les observations ont néanmoins été consignées quotidiennement dans un journal de terrain. Ce journal était destiné aux observations quotidiennes et personnelles autant qu'à celles récoltées sur les lieux de l'enquête ethnographique. Y étaient aussi consignés des éléments d'analyse, réflexions générales et interprétations. Outil de mémoire, il permettait de retranscrire les détails de chaque journée (pour permettre les re-contextualisations *a posteriori*), les discussions informelles, les contextes et les éléments marquants des entretiens afin de constituer un matériel ethnographique utilisable pour l'analyse. Il laissait enfin place à des remarques subjectives, à l'explicitation des états d'âmes et affects auxquels je pouvais être soumise, transformant les erreurs, les doutes, en outils d'analyse. Ce journal est, à la fois pour le travail de réflexivité, pour le travail d'analyse et d'écriture, une base fondamentale.

III.3 Les questions de langue et de traduction

III.3.1 La langue

Un des principaux freins à la recherche en terrain « étranger » est la langue. Il est en effet difficile d'entrer en interaction, de se présenter, de recueillir des informations, ou de réaliser des entretiens sans une bonne maîtrise linguistique. Or cette maîtrise demande du temps. Avant le départ au Laos, je m'étais familiarisée avec les bases de construction de phrases et de vocabulaire, proches du khmer. Sur place, j'ai pris quelque cours auprès de ma traductrice, et appris des listes de vocabulaire. Cela me permettait de « bricoler » en situation quotidienne, d'avoir des échanges simples et de me faire comprendre, mais ce n'était pas suffisant à la recherche sur le terrain. La collaboration avec une traductrice était donc essentielle, et doit être prise en compte dans le travail de réflexivité.

III.3.2 La traductrice

Les premières semaines au Laos ont donc été consacrées à la recherche bibliographique, l'observation à la pagode et la recherche d'une traductrice. Compte tenu de l'objet de

recherche, il me semblait en effet plus facile de travailler avec une femme, qui serait plus à même de mettre en confiance nos interlocutrices sur les sujets qui nous intéressaient. Et lorsqu'il s'est agi de parler de sexualité, de contraception ou d'avortement, le choix de travailler avec une femme s'est révélé pertinent.

De plus, j'avais eu l'occasion d'expérimenter au Cambodge, dans mes rapports avec les partenaires sur le terrain, les collègues khmers et les médecins, l'importance de la hiérarchie dans les relations sociales. En effet, au Cambodge comme au Laos, les hiérarchies d'âge et de statut social sont intégrées dans les interactions, et se traduisent dans les termes d'adresse⁹². Ainsi, travailler avec une traductrice de plusieurs années de moins que moi pouvait engendrer une relation « déséquilibrée », la personne risquant de se placer elle-même en situation d'infériorité (âge et situation employeur-employé). Si j'avais travaillé avec une traductrice beaucoup plus âgée et d'une position sociale certaine, les rapports auraient pu être complexes. L'idéal était donc de travailler avec une jeune femme de mon âge.

Ainsi, c'est à travers le réseau de connaissance de ma directrice de recherche que j'ai rencontrée Nong⁹³, jeune professeur de français à l'université de Dong Dok. Lors de notre première rencontre, j'ai pris soin de la mettre à l'aise. De deux ans ma cadette, notre statut social était équivalent⁹⁴ ainsi que notre âge. De plus, je n'étais pas son « employeur », puisqu'elle était rémunérée par l'IRD, et il me semblait plus constructif d'instaurer une relation de collaboration. Je lui parlais alors de l'objet de recherche et du projet, et de l'idée de travailler au Wat Si Meuang. J'appris alors qu'elle faisait partie de la première promotion de « l'université des moussons », la première formation d'anthropologie au Cambodge (de juillet à septembre) organisée en partenariat entre la Faculté d'Archéologie de l'Université Royale des Beaux-Arts de Phnom Penh, l'INALCO, et l'IRD. Elle avait donc des bases d'anthropologie, des méthodes d'enquête de terrain, et surtout une curiosité certaine et un intérêt pour le projet de recherche. Cette situation laissait envisager une riche collaboration, et la formation aux méthodes de l'entretien. Sur le terrain, plus qu'une traductrice elle pouvait être un guide, et une « informatrice principale ».

⁹² Si les erreurs d'évaluations sont pardonnées aux « *falangs* » (« français », par extension les « occidentaux »), les Lao ou les Cambodgiens doivent être capable, dès la première rencontre, d'évaluer l'âge et le statut afin de s'adresser aux personnes de la manière appropriée.

⁹³ J'utiliserai ici son surnom, pour des raisons de confidentialités dues au contexte institutionnel de l'enquête.

⁹⁴ Mis à part le fait qu'en tant que « *falang* » on attribue automatiquement une position élevée aux « blancs », pour des raisons historiques et symboliques qu'il n'est pas lieu d'évoquer ici, mais qui reposent en grande partie sur l'opposition schématique suivante : celui qui a la peau blanche ne travaille pas dans les champs, signe de statut social élevé, « pureté » etc. *A contrario* celui qui a la peau sombre est associé à un statut social inférieur. Cela s'applique autant entre les locaux que des locaux aux étrangers.

En effet, comme pour le chercheur, les acteurs assignent une place à la traductrice sur le terrain. Sa présence influe sur les situations d'énonciation, le rapport aux acteurs, et les données recueillies, ce qui n'est pas sans comporter certains écueils dont il vaut mieux avoir conscience. Premièrement, comme l'évoquait Jean Pierre Olivier de Sardan « le recours à un interprète, qui est toujours aussi un "informateur privilégié", introduit des formes particulières d'"enclichage" : le chercheur dépend alors des propres affinités et hostilités de son interprète, comme des appartenances ou des ostracismes auquel le voue le statut de ce dernier » (Sardan 1995b). En effet, l'orientation vers tel ou tel informateur peut être influencée par les affinités et connaissances de l'interprète. De plus ce dernier comprend et retranscrit les discours selon ses propres grilles de lecture, car toute traduction est aussi interprétation subjective inconsciente. La collaboration avec un interprète demande donc un travail de formation sur les méthodes de l'anthropologie, de coordination, et de la pratique qui permet de renforcer l'intercompréhension et les signes établis.

Je rajouterai pour finir que la seule contrainte de notre collaboration était, encore, une contrainte de temps. Tenue par ses obligations d'enseignement, Nong ne serait libre à temps plein que trois semaines, puis quelques demi-journées, ce qui restreignait encore l'enquête de terrain.

Ainsi, sur le terrain nous étions deux, et c'est en ce sens qu'il faut aborder le travail de réflexivité et de contextualisation des données.

III.4 Les entretiens

III.4.1 La préparation

Pour cette enquête, nous avons utilisé les techniques de l'entretien libre ou semi-directif, selon les situations et le contexte. En effet, certaines personnes parlent sans avoir besoin d'être relancées, d'autres parlent peu, certaines dévient du sujet, d'autres non. Ces entretiens semblent les plus adaptés à saisir le discours et les représentations des acteurs, tout en obtenant certaines informations ciblées.

Après quelques jours d'observation et de lectures, j'ai construit des « guides d'entretiens »⁹⁵ contenant, par thèmes (expériences de grossesse, d'accouchement, de post-partum etc.), les principales questions que je pouvais être amenée à poser. Plusieurs fois réactualisés au fil de l'enquête, ces guides servaient au début de fil directeur, à la fin de « pense-bête ». De plus, ils ont permis à Nong de se familiariser à l'avance avec le type de questions qu'elle aurait à traduire. Les guides étaient construits de façon à ce que les questions s'enchaînent de façon logique, et qu'il soit aisé d'y repérer les principaux thèmes abordés : les questions générales et introductives, les questions sur la présence à la pagode, les expériences etc. Il faut concevoir ces grilles comme des outils souples à manipuler, des supports pratiques, et non des carcans qui enfermeraient l'entretien dans une voie fermée.

Néanmoins pour les entretiens réalisés avec les « résidents » de la pagode ou des informateurs particuliers (vendeurs de médicaments « traditionnels », médecin « traditionnel », accoucheuse populaire etc.) j'utilisais la technique de l'entretien libre, ou préparais quelques questions en fonction de l'interlocuteur et des thèmes visés.

Cependant, un inconvénient de ces types d'entretiens (libre ou semi-directif) réside dans leur longueur, qui n'est pas toujours adaptée au contexte de la pagode en tant que lieu de passage, ni au rythme induit par la traduction. Après certains réajustements méthodologiques, les entretiens ont pu être adaptés à leurs contextes, allant de quinze minutes à plus d'une heure.

Ainsi, les questions n'étant pas standardisées, et le nombre de sujets évoqués dépendant des acteurs et de la durée de l'entretien, il n'a pas toujours été possible d'obtenir, sur un thème précis, des réponses de tous les participants aux entretiens. Par exemple, l'allaitement n'a pas été abordé au cours de certains entretiens, ce qui signifie que toute la population n'a pas donné d'information sur l'allaitement. Il faut tenir compte de ces spécificités pour la présentation des données.

III.4.2 Premier contacts avec les acteurs

Deux points méritent ici d'être abordés : la « sélection » des personnes à interroger ainsi que la façon de les aborder, qui variait en fonction de leur statut (« résidents » ou « visiteurs » de la pagode, à domicile, au marché de médicaments etc.)

⁹⁵ Cf. annexe 3.

La « sélection » des personnes pour les entretiens a été moins influencée par une recherche de « représentativité » (illusoire en anthropologie), que par la disponibilité des acteurs et les éléments du contexte. En effet, « une réalité ou une situation donnée n'a pas besoin d'être représentative au sens strict pour être pertinente anthropologiquement, et où à cet égard l'étude de quelques cas individuels peut nous apprendre autant de choses que celle de cas multiples » (Fainzang 1994 : 4).

Ainsi, à l'arrivée à la pagode nous nous asseyions sur un banc qui nous permettait une bonne visibilité, et nous discussions tout en observant les lieux et les acteurs. Après avoir essuyé plusieurs refus aux débuts, nous avons pris l'habitude de nous diriger plutôt vers des gens qui prenaient le temps, qui discutaient, qui s'asseyaient dans un coin de la pagode. C'est comme ça que nous avons pris contacts avec les premiers « résidents » que nous pouvions revoir après. Concernant les « visiteurs », nous repérions avant tout les femmes enceintes ou avec des enfants, les couples⁹⁶, les femmes plus âgées, et les étudiantes.

Avec plus ou moins d'adaptation au fil du temps, nous procédions à peu près de la manière suivante : nous abordions les personnes toutes les deux, je me présentais du mieux que le permettait mon vocabulaire limité, Nong se présentait et complétait en lao. Elle expliquait rapidement que j'étais une étudiante française qui faisait des recherches sur la santé, les grossesses et les pratiques des gens au Laos concernant l'accouchement, l'allaitement, les enfants etc. Ensuite elle demandait aux gens s'ils avaient un peu de temps pour discuter avec nous. Si c'était le cas, et s'ils étaient spontanément d'accord, nous leur propositions de s'installer dans le jardin ou sur un banc calme et nous commençons l'entretien. S'ils montraient des signes d'hésitations (les gens disent rarement non directement), je préférais ne pas insister, ayant pu voir par expérience que l'entretien ou la discussion risquait de se dérouler difficilement. Au fil de l'enquête nous avons ajusté nos méthodes afin mettre les personnes plus à l'aise, par des entretiens à plusieurs (les étudiantes étaient souvent deux, ou les couples, une mère et sa fille etc.), ou en s'asseyant à côté d'elles dans des endroits plus animés, ce qui évitait de les contraindre à se déplacer et à trop formaliser la situation d'énonciation.

Il faut noter que Nong, d'un caractère avenant, et maîtrisant la situation de l'énonciation par la langue, prenait souvent les devants lorsque nous avions du mal à trouver des gens

⁹⁶ Je parlais du principe que les hommes ont beaucoup de choses à dire sur leurs expériences de la santé de la reproduction, même si souvent, dans les entretiens avec des couples, les femmes s'effaçaient pour laisser parler les hommes.

disponibles⁹⁷, se dirigeant probablement vers des personnes avec lesquelles elle se sentait plus à l'aise (en terme de position sociale, d'âge etc.), ce qui jouait sur la « sélection » des acteurs.

III.4.3 Le déroulement des entretiens

Les entretiens à la pagode se déroulaient donc soit dans le jardin (fig. 4), où se trouvaient des tables et bancs en bois, soit sur les bancs proches du temple. En général nous échangeons quelques mots, j'expliquais que ce dont nous allions discuter était confidentiel, et que je n'avais pas besoin de leur nom. Je demandais aussi, avant de commencer l'entretien, si je pouvais enregistrer, afin de ne pas oublier notre conversation. J'avais en effet choisi d'enregistrer les entretiens. Même si l'on doit reconnaître que les enregistrements « officialisent » l'entretien, ils ne l'officialisent pas plus que des notes prises en même temps, ou que la situation de traduction (qui interrompt souvent le fluidité de l'interaction), surtout s'ils sont banalisés comme une « formalité » (Beaud, Weber 2010 : 184), et libèrent l'attention et l'écoute de l'enquêteur. En effet, une fois l'enregistreur lancé, il ne fallait plus s'en préoccuper, et bien souvent l'attention générale s'en détournait peu à peu. De plus, les enregistrements permettent une retranscription la plus fidèle possible (rires, exclamations, silences, balbutiements de l'enquêteur, bruits alentours...), ce qui dans le cas d'un entretien traduit (ou l'on perd beaucoup de matériel) me semblait nécessaire. C'est aussi très utile dans le cas des entretiens à voix multiples. Si les personnes n'acceptaient pas l'enregistrement (ce qui n'est jamais arrivé) ou si la situation ne s'y prêtait pas (contexte, gêne visible), je prenais quelques notes rapides pendant la discussion et nous retranscrivions ensemble juste après avoir quitté les gens.

Si les personnes acceptaient, je posais les questions et Nong les traduisait. Avec les « visiteurs » de la pagode, je commençais par des questions générales (mariage, lieu de résidence, emploi, nombre d'enfants etc.) puis je demandais aux interlocuteurs la raison de leur venue à la pagode ce jour-là, pourquoi cette pagode en particulier, et quelles étaient ses spécificités. L'histoire de Me si Meuang, très souvent connue par les acteurs, permettait d'aborder le sujet de procréation de façon assez naturelle. Ensuite, en fonction des catégories de personnes, nous parlions de grossesse ou de désir d'enfant, de contraception, d'accouchement, de pratiques post-partum, d'allaitement, le tout en lien avec le recours aux systèmes de soins, les pratiques etc.

⁹⁷ Nous avons souvent passé plusieurs heures sans faire d'entretien, avec quelques discussions informelles çà et là.

Au cours des premiers entretiens, nous avons réglé notre méthodologie, en prenant en compte deux éléments importants, qui ne nous étaient pas apparus tout de suite. Tout d'abord, Nong n'était pas traductrice de formation, et si son niveau de français était bon, il n'était pas toujours fluide, et il a fallu quelques temps avant qu'elle ne se familiarise avec le vocabulaire spécifique de la santé de la reproduction, ce qui donnait parfois lieu à des incompréhensions. En effet, il arrivait que la réponse des interlocuteurs ne se réfère pas à ma question, parce que Nong avait posé une question différente. De plus, lorsque nous préparions les entretiens je lui avais demandé de tout me traduire, même ce qu'elle ne considérait pas comme important, afin qu'elle n'effectue pas de pré-sélection et que je puisse, plus tard, retranscrire les entretiens sans perdre trop d'éléments. Cela me permettait aussi de « rebondir » pour les questions suivantes. Mais c'était sa première expérience de traduction instantanée, et au début, elle cherchait ses mots, hésitait, ou essayait de me traduire des éléments sans succès. Les interlocuteurs, coupés dans leur élan, s'ennuyaient et le temps passait. De plus, les entretiens étaient souvent très longs, car je les menais de façon trop exhaustive, cherchant à aborder le plus d'aspects possibles car je savais avoir peu de chance de les revoir. Les acteurs finissaient par montrer des signes d'impatience, ou devaient couper court pour reprendre leur occupation initiale. Ainsi les premiers entretiens étaient parfois difficiles, et il a été nécessaire d'adapter les méthodes aux situations et aux personnes.

Tout d'abord, devant le temps restreint dont nous disposions, je savais que nous ne pourrions pas faire beaucoup d'entretiens « formels ». Nous avons donc décidé de prévoir des temps pour les retranscrire ensemble, afin que la retranscription soit soignée. Ainsi, il n'était pas nécessaire que Nong traduise tout. La réponse dans ses grandes lignes, pour que je puisse poser la question suivante, était nécessaire. Si elle n'arrivait pas à traduire nous préférons continuer l'entretien, ce qui évitait d'interrompre trop souvent les personnes. Dans le même temps, cela conférait à Nong un rôle plus actif dans les entretiens : je lui demandais de poser aussi les questions qui lui venaient à l'esprit, car elle pouvait mieux saisir les discours. À la fin de chaque entretien nous prenions quelques minutes pour revenir sur certains points et prendre quelques notes préparant la retranscription. Enfin, j'ai pris le parti, pour alléger les entretiens et en réduire la longueur⁹⁸, de suivre les interlocuteurs dans les thèmes où ils étaient les plus à l'aise, ou d'approfondir quelques points, sans chercher à aborder tous les aspects. Enfin, pour dé-formaliser les situations, et faire face aux nombreux refus d'entretiens, nous

⁹⁸ Afin de ne pas dépasser 30 minutes au maximum.

avons privilégié les discussions informelles assez courtes, qui nous permettait de saisir quelques éléments, et de créer des contacts.

Ainsi, lorsque le contact était simple, les échanges fluides, et que les interlocuteurs semblaient apprécier de partager leurs expériences, les entretiens étaient souvent un peu plus longs. Si Nong était également l'aise, je proposais aux personnes de les revoir chez elles, afin de pouvoir continuer de discuter, à un moment où elles auraient plus de temps. Nous avons rarement demandé, mais cela nous a permis de revoir quelques personnes, dans un contexte différent, où le premier contact passé, les entretiens étaient plus libres et informels.

Prendre conscience des « lourdeurs » des premiers entretiens, dues à une certaine rigidité des méthodes et à une collaboration nouvelle, permet aussi de relire les données avec le recul nécessaire. Les ajustements progressifs reposent donc sur la pratique et permettent d'améliorer le fonctionnement de la relation traducteur-chercheur afin d'assouplir les méthodes et de pouvoir s'adapter aux contextes et aux interlocuteurs.

III.5 La retranscription

À la fin de la période d'enquête, nous avons réalisé 25 entretiens formels. Le nombre d'entretiens étant réduit, il fallait porter une attention particulière à leur retranscription, afin de pouvoir en faire un matériel d'analyse riche et solide. Nous faisons ce travail de retranscription ensemble, pendant et après la période d'enquête. Nong réécoutait l'enregistrement, et retraduisait phrase par phrase. Je me chargeais de corriger et d'améliorer la traduction. Je l'interrogeais aussi sur certains mots dont je notais l'équivalent lao, et lui demandais de préciser les termes qu'elle utilisait lorsqu'elle traduisait les questions. C'est d'ailleurs ce qui explique des différences de vocabulaire entre ce que rapportent certains auteurs et ce que j'ai trouvé sur le terrain. Par exemple, les *moh ya* décrits par Pottier ou Condominas sont appelés *moh ya phuen meuang* par Nong. En effet, de par son âge et son milieu il est possible qu'elle n'utilise pas les mêmes termes. De plus nous avons aussi pu ainsi mesurer la pertinence de certaines questions. Par exemple, lorsque je demandais « quel est votre métier, que faites-vous ? », de nombreuses personnes me répondaient « je suis comme le peuple, c'est normal ». Nous avons alors compris que cela signifiait travailler dans les rizières, élever des animaux. Mais la traduction du mot « métier » en lao désignait les métiers « du gouvernement », c'est-à-dire les métiers de bureau. Il fallait donc poser la question différemment. Ainsi, nous avons pu affiner nos questions, travailler leur tournure et leur

traduction. Nous réécouter nous permettait aussi de juger de la longueur de certains entretiens, des questions mal formulées etc. Commencer ce processus de retranscription au cours de l'enquête nous a dès lors permis de prendre le recul nécessaire à pouvoir saisir l'influence des situations d'énonciations sur les données. Ce travail de retranscription n'a pas pu être terminé au cours de mon séjour à Vientiane, Nong ayant repris ses activités d'enseignement. Nous avons donc poursuivi le travail par échange de mail.

Ainsi, ce retour *a posteriori* sur les méthodes de l'enquête permet de mettre à jour les mécanismes et processus à l'œuvre dans la réalisation d'une recherche de terrain, et semble nécessaire à la re-contextualisation des données et à leur analyse. La méthode n'est donc jamais figée, mais se construit, s'adapte, évolue au cours du travail de terrain en fonction des acteurs qui la manient et de leurs interlocuteurs.

IV. Sur le terrain : le chercheur et les acteurs

Après avoir reconsidéré les questions de contexte, de construction de l'objet et de méthodologie, nous disposons de suffisamment d'éléments pour pouvoir réfléchir à la position que j'occupais sur le terrain face aux différents acteurs, ainsi qu'à celle de Nong. En effet, « l'ethnologue ne peut se contenter d'une place d'enquêteur. Il doit construire sa place face aux gens étudiés » (Fainzang 1994 : 6). Mais cette place est autant construite par l'attitude et l'apparence du chercheur que par la perception qu'en ont les acteurs sur le terrain. En effet, ce « rôle qu'il revêt ou qu'on lui concède varie évidemment, d'abord selon un facteur personnel non négligeable, mais aussi selon les objets traités, et selon les cultures d'accueil, et les possibilités qu'elles ont de donner au statut de "chercheur en sciences sociales", souvent absent du répertoire local, une équivalence ou une correspondance plus ou moins approximative. » (Olivier de Sardan 2000 : 433). Il est en effet illusoire de vouloir « contrôler » cette image ou ce rôle qu'on nous attribue sur le terrain, qui varie en fonctions des contextes, des interlocuteurs, de la régularité de la présence du chercheur, de son caractère, de la « casquette » qu'il assume et de l'image qu'il renvoie. S'il est difficile d'en avoir une pleine conscience sur le terrain, il est nécessaire d'effectuer un retour réflexif *a*

posteriori sur les rôles que le chercheur occupe au sein des diverses situations d'interaction de l'enquête, afin de déterminer les incidences de ce « jeu de rôle » sur les situations d'énonciation et les données recueillies.

IV.1 La pagode

Je commencerai par revenir sur l'enquête réalisée au *Wat Si Meuang*, lieu dans lequel notre présence a été la plus régulière, et où nous avons réalisé le plus d'entretiens.

IV.1.1 *Se présenter, être « autorisée »*

Comme nous l'avons vu, au Laos la question des autorisations officielles de la recherche est assez sensible. Il n'était donc pas certain que je puisse enquêter à la pagode. Au cours des premières observations, je n'avais pas de traductrice et ne pouvais pas m'adresser aux responsables de la pagode. Je suis donc restée discrète, même si la présence d'une *falang* flânant dans la pagode ou assise sur un banc plusieurs jours à la suite ne pouvait pas rester inaperçue. Les touristes défilent à la pagode, mais ne restent pas. Par contre les responsables de la pagode sont là tous les jours, et je ne doute pas qu'ils aient remarqué et observé ma présence. À un certain point il me semblait donc préférable d'avoir trouvé une traductrice avant de revenir dans les lieux.

Le jour où je suis retournée à la pagode avec Nong, il était indispensable que nous nous présentions et demandions l'autorisation de faire notre enquête. Nous avons donc commencé par acheter des fleurs et des bougies, et suivre le parcours « classique » des visiteurs dans le temple, de la bénédiction par le bonze au pilier de la ville et à la statue de Me Si Meuang. J'avais repéré, en observant le fonctionnement du temple, deux hommes d'un certain âge qui se relayaient dans le temple à côté du bonze, tantôt observant la foule, tantôt s'adressant aux visiteurs ou récitant des *mantra* au micro. Je déterminais qu'ils devaient être les responsables laïcs de la pagode. En effet, les pagodes sont gérées par des bonzes, dont le responsable est le « vénérable », et des laïcs (hommes ou femmes), employés de la pagode, qui s'occupent de la gestion du culte, de l'intendance, du temple etc. Lors des cérémonies bouddhiques, ce sont aussi eux qui mènent la cérémonie et font l'intermédiaire entre les pratiquants et les bonzes.

Ces acteurs peuvent résider au sein de la pagode ou bien chez eux. C'est à eux que nous avons choisi de nous adresser. Plus présents dans le temple que les bonzes, ils avaient eu le loisir de remarquer ma présence et me semblaient être les interlocuteurs appropriés, pour donner un aval ou nous introduire auprès du vénérable⁹⁹. Nous avons donc abordé celui qui était présent le jour de notre visite. Dans ce contexte je l'ai salué avec respect¹⁰⁰ et j'ai laissé Nong agir, jugeant qu'elle était plus apte à maîtriser les codes d'adresse envers un tel personnage (âgé et considéré comme un homme « pieu », donc au statut élevé). Elle lui a expliqué que ce que je faisais¹⁰¹ et qui nous étions, et lui a demandé s'il était possible que nous venions à la pagode pendant quelques semaines afin de discuter avec les gens de Me Si Meuang et de la procréation. Il a accepté, sans que nous ayons à fournir de justification officielle (j'avais avec moi la convention de stage et ma carte de visite IRD). Le caractère discrétionnaire de la politique des autorisations dans un lieu moins sensible que les institutions de santé s'est révélé à notre avantage. Notre présence étant clarifiée, nous avons donc considéré que les informations circuleraient et que les acteurs « résidents » sauraient rapidement qui nous étions. Malgré le nombre de personnes rencontrées au cours de l'enquête¹⁰², nous n'avons pas été inquiétées, même s'il est très possible que l'information de nos enquêtes au Wat Si Meuang ait été connue par le chef du *ban* Si Meuang, de par le principe d'auto surveillance évoqué précédemment. Il faut cependant noter que nous avions conscience de ne pas avoir de « réelles » autorisations, et que nous gardions cet élément à l'esprit, Nong étant peut être plus « mal à l'aise » que moi concernant cette situation.

⁹⁹ Pour une femme, s'adresser à un bonze requiert le respect d'un certain nombre de codes. L'introduction à la rencontre par une personne intermédiaire facilite ces démarches.

¹⁰⁰ Le salut les mains jointes est utilisé au Laos, la hauteur des mains par rapport au visage marquant le respect accordé à la personne.

¹⁰¹ En précisant que j'étais une étudiante française, stagiaire à l'IRD (institution assez connue à Vientiane) et que je faisais des recherches en sciences sociales sur la Laos.

¹⁰² Notamment un couple de policiers en civil qui venait « demander » un accouchement facile pour la femme enceinte. À la réaction de Nong lorsque nous avons appris qu'ils étaient policiers (au cours de l'entretien), je compris qu'elle était inquiète, malgré leur gentillesse, car ils représentaient l'autorité gouvernementale et auraient pu nous demander nos autorisations. Mais il s'est avéré qu'ils ne semblaient pas se préoccuper de ce que nous faisions.

IV.1.2 Face aux « résidents »

Cette « procédure » de présentation ayant été « validée », nous pouvions commencer à entrer en contact avec les « visiteurs » et les « résidents ».

Ces derniers ont eu le loisir d'observer nos allées et venues. Il est certain que nous ne passions pas inaperçues : une *falang* venant tous les jours à vélo était déjà une source de curiosité. Je garais mon vélo non loin des marchands ambulants de l'entrée qui observaient mes faits et gestes. Les « résidents » nous ont aussi rapidement associées comme « paire ». En effet, je suis considérée comme très petite pour une *falang*, ce qui dans la rue comme à la pagode était souvent remarqué par les acteurs. Nong était à peine plus grande que moi, et nous le verrons, nous étions parfois habillées de façon similaire. Au cours de l'enquête, nous avons régulièrement acheté des fleurs et bougies aux marchands d'offrandes, de la nourriture et des boissons aux marchands ambulants, utilisé les services d'un photographe, discuté avec les femmes responsables de l'organisation du culte du pilier et de *Me Si Meuang*, ou avec les responsables du temple. Au bout de quelques jours, notre présence semblait avoir été intégrée comme quotidienne, et certains acteurs nous demandaient pourquoi nous n'étions pas là le jour précédent. Un jour, nous avons mal convenu de notre rendez-vous et Nong m'a longuement attendue sur un banc. Elle m'a rapporté plus tard que plusieurs personnes lui avaient demandé pourquoi elle était seule, et où était « *la falang* ». Ainsi certains acteurs ont commencé à nous qualifier de « jumelles ». Nous étions indissociables dans notre « rôle », et c'est en grande partie ce qui m'a poussé, lorsque qu'elle a dû arrêter le terrain pour donner ses cours, à ne pas chercher d'autre traductrice pour revenir au Wat Si Meuang.

Ainsi, nous avons des interactions plus ou moins régulières avec les différents acteurs résidents, qu'elles soient sur des bases commerciales, de politesse, ou de curiosité. Ils ont en effet eu le loisir d'observer nos façons de procéder, d'aborder les « visiteurs », de s'installer dans le jardin, mais aussi les nombreux refus auxquels nous étions confrontées, et nos heures d'observation et d'attente. Nous voir nous lever de notre banc pour discuter avec des gens, puis nous y rasseoir, l'air déçu lorsque que tous les « visiteurs » déclinaient notre demande de discussion, était parfois devenu une plaisanterie pour les photographes et les marchands. C'est donc à travers notre présence quotidienne que s'est instauré une forme de lien, celui des gens qui se côtoient tous les jours dans un même lieu, qui ont leurs activités propres, qui s'observent et interagissent.

Le rôle de Nong dans ces interactions mérite d'être souligné en tant que partie intégrante de ce lien. En effet, elle était l'interface de communication de notre duo. C'est elle qui parlait, tout d'abord parce qu'elle traduisait pour me permettre d'échanger au-delà des conversations basiques, mais aussi parce qu'elle avait un caractère avenant et relationnel. Son réseau de connaissance était d'ailleurs assez étendu, et nous croisions très souvent des gens qu'elle connaissait. Elle ne manquait jamais de saluer quelqu'un avec qui nous avions déjà interagi, et m'était d'un grand secours pour entretenir les liens créés avec les différentes personnes. De plus, en situation d'entretien, elle faisait preuve de patience, d'attention, et savait mettre les gens à l'aise.

Ainsi certains des acteurs « résidents » sont devenus des informateurs principaux de l'enquête. Sans être exhaustive, je m'arrêterai sur deux exemples en particulier.

Le premier est celui de notre rencontre avec M. Manosith¹⁰³, l'un des responsables laïc du temple. Un jour, nous avons commencé à discuter avec deux dames âgées, qui s'occupent du bon fonctionnement du culte du pilier de la ville et de Me Si Meuang. Après une petite discussion, j'avais amorcé un entretien et commencé à enregistrer. Je leur demandai si elles pouvaient me parler de Me Si Meuang. À ce moment-là passa Mr. Manosith. Elles commencèrent alors à dire qu'elles ne connaissaient pas bien l'histoire, et que c'est à lui qu'il fallait demander. J'eus beau leur expliquer que je m'intéressais à ce qu'elles avaient à dire et que je n'avais pas besoin de la « vraie histoire », il n'y avait rien à faire. Entre temps M. Manosith, un homme d'environ 68 ans¹⁰⁴ s'était approché, et commença à me parler de l'histoire de la pagode et de Me Si Meuang. Il nous raconta sa version de l'histoire de façon détaillée et pédagogue, et il avait les qualités oratoires de ceux qui aiment raconter les histoires. Comme c'était souvent le cas face à un homme qui monopolisait l'attention, les deux femmes se sont tues, et ont fini par retourner travailler. M. Manosith nous raconta qu'il avait été bonze, puis qu'il avait enseigné le bouddhisme dans les écoles de Vientiane. Au Wat Si Meuang il est officiant, accueille les visiteurs, aide les bonzes et les visiteurs à faire certains rituels. L'entretien était riche, et il nous a appris beaucoup sur la pagode, sur sa fréquentation, sur le culte de Me Si Meuang, ainsi que sur sa situation familiale. Il nous dit avoir une femme et trois filles. L'entretien était détendu, il n'hésitait pas à faire des traits d'humour et se montrait curieux et intéressé par notre enquête. Parlant un peu français, il

¹⁰³ Pour des raisons de confidentialité, les noms des personnes de l'enquête ont été changés.

Entretien n°3, 6/03/13.

¹⁰⁴ Il ne sait pas exactement quand il est né et se sert de ses souvenirs d'enfance comme repères temporels pour estimer son âge (souvenir de guerre, d'occupation etc.)

faisait beaucoup d'effort pour que nous puissions communiquer. À la fin de la discussion, nous lui avons donc demandé s'il accepterait de nous accueillir, afin que nous puissions faire la connaissance de sa famille et continuer la discussion. Il accepta sans hésitation. Quelques jours après, nous sommes donc allées chez lui. Il n'y était pas, et avait oublié d'informer sa femme de notre visite. Elle nous fit néanmoins un accueil chaleureux, et nous avons discuté deux heures et mangé chez elle. Nous y sommes retournées par la suite. Les jours suivants, nous recroisons M. Manosith tous les jours, échangeant à chaque fois quelques mots. Il nous invitait dans le temple et nous expliquait certain détail, ou venait s'enquérir de notre travail etc. Les bonzes, qui restaient toujours à une certaine distance, ainsi que les autres employés de la pagode, nous ont d'autant plus facilement intégrées dans le paysage.

Un autre personnage important de notre enquête fut Mme Somphane¹⁰⁵. Nous l'avons rencontrée dans le jardin, un jour de très basse fréquentation où il y avait très peu de « visiteurs ». Nous avons commencé à discuter, et elle a accepté de se prêter au jeu de l'entretien. Nous apprîmes qu'elle était elle aussi employée de la pagode, mais qu'elle n'y travaillait pas tous les jours habitant dans la dernière couronne urbaine de Vientiane, à 100 km. Elle aussi était très spontanée et à l'aise dans la situation d'énonciation. Elle nous raconta qu'elle avait déjà fait des entretiens avec des étrangers, parce qu'elle était accoucheuse dans son village et qu'elle faisait partie d'un programme de prévention de la mortalité maternelle de l'hôpital Mélédik¹⁰⁶, par lequel une ONG l'avait formée à la prévention communautaire. Elle avait tout d'une « personne ressource » pour notre enquête. L'entretien fut long et riche. Elle s'intéressait à ce que nous faisons, nous aidait à comprendre ce que recherchaient les femmes auprès de Me Si Meuang, et nous parlait de ses expériences d'accoucheuse dans son village. Elle parlait plus que la plupart des femmes que nous avons interviewées, sûrement de par son caractère, son statut, sa formation et sa proximité d'avec le milieu du développement. Son discours avait d'ailleurs intégré le langage des formations de promotion de la santé. Au fil de la discussion, je réalisais qu'elle évoquait souvent les plantes et médicaments « traditionnels ». Elle nous expliqua alors que son mari était médecin « traditionnel » (*moh ya*). Pour remettre cette information en contexte, cela faisait des jours que nous étions dans l'impasse concernant la présence de médecins « traditionnels » dans la ville ou la province de Vientiane. On nous répondait qu'il n'y en avait plus, qu'ici c'était la ville et que c'était « moderne », qu'il y avait des hôpitaux. Nous étions en effet tributaires de mon statut d'étrangère et de notre position de « curieuses ». Ainsi, dans le cadre de la propagande du

¹⁰⁵ Entretien n°18, 13/03/13

¹⁰⁶ Hôpital de Vientiane spécialisé dans les questions de maternité.

parti, les pratiques animistes (notamment le culte rendu aux génies, les « *phi* ») et la médecine traditionnelle étaient présentées comme « arriérées » ou freins à la « modernité ». Officiellement ces pratiques avaient disparu car le Laos se modernisait. La plupart des acteurs ont intégré ce discours, et ne parlent pas de ces pratiques aux étrangers, ou s'ils ne se sentent pas en confiance. Aussi, nous eûmes du mal à ne pas laisser transparaître notre enthousiasme. Elle nous dit alors que son mari était bonze, au Wat Si Meuang. Dans les cheminements qu'offre le terrain, celui-ci était des plus étonnants. Il était là depuis le début, mais nous n'en avions pas conscience. Elle nous expliqua alors que son mari avait été très malade, et que rien ne le soignait. On lui avait alors dit qu'ayant perdu ses parents, il devait devenir bonze pour se consacrer à leur rendre hommage. Il était bonze depuis (ce qui en quelque sorte « annulait » leur mariage), et se portait mieux. Nous lui avons donc demandé s'il était possible que nous le rencontrions, ce qu'elle accepta. Cela tombait bien, car il allait « quitter sa robe » bientôt pour retourner dans son village et devenir « vénérable » de la pagode locale. Quelques jours plus tard, nous avons rencontré ce bonze. Sa « femme » était présente, et a mis en place le rituel permettant que nous lui parlions¹⁰⁷. L'entretien nous a, une fois encore, apporté de nombreux éléments. De plus, cet entretien avait lieu dans le jardin, et les « résidents » ont pu être curieux de nous voir parler avec un bonze, ce qui se rajoutait aux différents aspects de notre « rôle ». M. Manosith est venu nous apporter de l'eau, et s'enquérir de la situation. Ainsi tout ce que nous faisons était su de tous, et contribuait à construire l'image que nous avions dans la pagode. Nous verrons en quoi cette image a été importante. Par la suite, nous avons revu Mme Somphane de façon quotidienne, et ne manquions pas de la saluer. Avec plus de temps, nous aurions fait un séjour dans son village, et entretenu des relations sur le long terme, avec elle et son mari.

Il est difficile de savoir quelle place nous attribuent les acteurs sur le terrain, et quelle image nous renvoyons. Cependant, c'est à travers la combinaison des différents types d'interaction, et la quotidienneté que se construit aussi ce rôle, qui se complexifie ou évolue en fonction de la rencontre des informateurs et des réseaux qu'elle ouvre au chercheur.

¹⁰⁷ Pratique du « *kanha* » : un plateau orné de six paires de bougies et cinq paires de fleurs devait se situer entre lui et nous. Nous devions nous tenir à distance « de respect », et faire en sorte de ne pas être plus hautes que lui (ne pas se lever tant qu'il est assis par exemple).

IV.1.3 Face aux « visiteurs »

Ayant déjà évoqué nos interactions avec les « visiteurs » de la pagode, il me semble pertinent d'en examiner certaines composantes qui ont pu jouer sur les situations d'énonciations et le recueil de données.

Avec du recul, notre position face aux « visiteurs » était « ethnographiquement inconfortable ». En effet, d'un regard extérieur, peu de choses nous différençaient des enquêteurs de rue que l'on peut trouver dans nombre de nos villes françaises. En effet, même si nous engagions le plus de conversations possibles en nous asseyant près des gens, nous devions souvent aller à leur rencontre au sein de la pagode, et les « aborder ». Cela formalisait d'autant plus la situation que notre présentation se devait, dans ces conditions, d'être rapide. Ainsi, du point de vue des acteurs, une *falang* qui parlait peu le lao et une jeune femme lao s'avançaient, se présentant, et leur demandant s'ils avaient du temps pour discuter. On peut raisonnablement dire que cela ne mettait pas les personnes très à l'aise. Même si nous faisons de notre mieux pour faire cela le plus « naturellement possible », la situation d'énonciation était souvent ainsi introduite. Je ne m'avancerai pas à prêter des pensées aux informateurs, mais il est probable que nous ayons pu représenter une potentielle perte de temps dans une journée chargée, ou simplement intimider les gens qui se seraient demandé ce que nous attendions d'eux. D'un autre côté, notre duo était peut être peu commun, et certaines personnes semblaient curieuses de discuter. D'autres personnes appréciaient peut être que nous nous intéressions à leur vie et leurs expériences. Et d'autres semblaient vouloir nous « aider ». Quoi qu'il en soit, cette situation particulière, due aux spécificités d'un lieu de passage, jouait sur nos interactions. Ainsi, nombres de personnes ont poliment décliné notre sollicitation, pressées, gênées ou intimidées.

Si la relation enquêteur-enquêté est un échange, le premier bénéficiaire en est souvent l'enquêteur. En effet, « les enquêtés *donnent* quelque chose à l'ethnographe (du temps, des informations, de l'hospitalité) » (Bouillon et al. 2005 : 76). Dans une relation équilibrée, l'enquêteur doit se poser la question de ce que veulent les enquêtés et de ce qu'il peut leur donner. Or, dans nos situations, le contre-don que nous avions à donner se limitait souvent à notre attention, notre curiosité et l'échange humain que nous engagions. Nous pouvions représenter nous-même des curiosités et donner des informations aux informateurs. Reste à savoir ce que les informateurs attendaient. Selon Florence Bouillon, « l'acceptation de l'observateur dépend éminemment de sa capacité à rendre quelque chose à ses interlocuteurs et de l'acceptabilité du contre-don demandé. [...] l'inconfort ethnographique éprouvé sur le

terrain comme le refus de l'enquête proviennent souvent de l'impossibilité dans laquelle se trouve le chercheur d'effectuer un contre-don conforme aux attentes des enquêtés. » (2005 : 76).

Il faut peut-être voir là une des raisons de l'inconfort que nous ressentions. Notre enquête a en effet été trop limitée pour que nous puissions déterminer ce que les personnes attendaient, et ce que nous étions prêtes à donner que nous ne donnions pas déjà.

Cependant, un certain nombre d'acteurs rencontrés par ce biais se prêtaient volontiers au jeu de l'entretien, qui pouvait parfois durer sans inconfort, et créer un échange humain apprécié des différentes parties. D'autres fois, nous avons compris que les personnes se sentaient plus à l'aise à plusieurs, et nous avons encouragé les entretiens par « paire » d'acteurs (couple, paire d'étudiantes etc.).

Enfin, nous présentions les entretiens de façon à expliquer que nous nous intéressions aux expériences personnelles des acteurs, et ce sur des sujets qui leur étaient familiers et qui leur appartenaient (accoucher pour une mère, se projeter dans l'avenir pour une étudiante etc.). Les personnes comprenaient qu'il ne s'agissait pas de tester leurs connaissances, mais de parler de leurs expériences, et de leur donner ainsi une certaine valeur.

Ainsi, nos interactions avec les « visiteurs » étaient variées, allant de l' « inconfort ethnographique » à la création d'un échange constructif. Notre position était difficile et la méthode « bricolée » mérite d'être questionnée, en ce que notre « introduction » auprès des personnes constituait un moment clé pour la suite de l'interaction. En effet, si les premiers échanges étaient fluides et simples, les entretiens l'étaient souvent aussi, et inversement. C'est pourquoi nous avons rapidement pris le parti de ne jamais insister auprès des personnes, pour ne pas risquer de « forcer » une situation d'entretien. Avoir conscience de ces éléments sur le terrain nous a en effet permis de « gérer » au mieux les biais de notre position.

IV.2 L'importance de l'apparence

J'ai essayé de montrer comment le rôle que nous assignent les acteurs se construit à travers les interactions. Je soulignerai ici l'importance de l'apparence du chercheur dans le contexte de mon enquête, à la pagode comme dans d'autres situations.

IV.2.1 Une petite « *falang* »

À première vue, trois critères de mon apparence avaient leur importance relative dans mon rapport aux différents acteurs : je suis « blanche », je suis une « jeune »¹⁰⁸ femme, et je suis petite. Ces critères, pris séparément, avaient leur propre sens, et rassemblés, constituaient la première image que les acteurs se faisaient.

Sans entrer dans les détails, être blanche renvoie schématiquement à tout un panel de représentations. Cela évoque la figure de l'étranger. Il vient de loin, donc il est « riche ». Il est en soit « étrange » car il agit différemment et on ne lui applique pas les mêmes attentes sociales. Il est « blanc », ce qui l'associe symboliquement à un statut social élevé. De plus, être *falang* renvoie à la colonisation, qui reste dans la mémoire collective et dans le paysage urbain de Vientiane. Enfin, il représente l'ouverture de la société laotienne vers le monde libéral.

Être une femme, dans une société où la différenciation homme-femme est marquée par des règles sociales et des comportements codifiés, signifie devoir se plier à ces règles, ou se faire remarquer. Par exemple, il est socialement mal vu, pour une femme, de fumer et de boire. De plus, les femmes ne parlent pas aux bonzes, où le font uniquement dans des situations codifiées. Les femmes ont les épaules couvertes, et portent, du moins en semaine, le « *sin* » (jupe « traditionnelle »). Lors de la réception d'invités ou d'une fête dans les maisons, les femmes servent à manger aux hommes, et mangent dans la pièce d'à côté. Enfin, les femmes sont considérées comme ayant un statut religieux inférieur du à leur « impureté "essentielle" » (Pottier 2007 : 130), ce qui explique qu'elles ne puissent prendre le froc, et qu'elle doivent être toujours plus basses que les moines.

Enfin, être « jeune » renvoie à un statut inférieur dans la hiérarchie des âges, et être petite est un critère « classique », qui prend tout son sens lorsque l'on est petite et *falang*. En effet dans les caricatures et les plaisanteries à Vientiane, les blancs sont grands et ont un grand nez. Une *falang* plus petite que les lao constituait visiblement une bizarrerie et ne manquait pas de faire rire les passants.

Ainsi, être une petite *falang* me classait souvent « hors catégorie », dans une situation intermédiaire, ou parfois, l'un ou l'autre des critères prenait le dessus.

¹⁰⁸ « Jeune » reste un critère relatif. Une femme de trente ans n'est pas considérée comme jeune au Laos.

J'ai pu remarquer que dans la majorité des cas, dès lors que j'étais en présence d'un homme et d'une femme, c'est l'homme qui dominait le discours. Dans ces situations, il était donc facile d'accéder aux points de vue des hommes.

A contrario, lorsque j'étais en présence de femmes seules, c'était mon statut de femme qui était déterminant lors des entretiens et des discussions, mais mon statut de *falang* qui s'imposait lors des premiers contacts. Une fois la présentation passée, accéder aux expériences de la santé de la reproduction était facilité car les femmes s'adressaient à une femme. Les plus âgées me faisaient bénéficier de leurs expériences et leurs informations avaient des allures de conseils, les plus jeunes étaient mises en confiance par notre proximité d'âge. Par exemple, les entretiens avec les étudiantes se déroulaient souvent bien car nous avions presque le même âge et que j'étais moi-même étudiante. Mais si Nong disait qu'elle était professeur, les jeunes femmes riaient en exprimant une forme de gêne.

Ainsi, ces différentes images que je renvoyais, et les représentations et comportements qui y étaient associés en fonction des contextes me permettaient, lorsque j'en prenais conscience, de mieux comprendre certaines situations d'énonciations, d'en « jouer » ou de ne pas m'y laisser « enfermer ». L'analyse de ces « casquettes » et de leurs effets dans les interactions est indispensable à l'analyse des données.

IV.2.2 La tenue vestimentaire

C'est une idée fausse autant que tentante que de croire qu'en étant hors de chez soi, les codes vestimentaires perdent de l'importance. Ils n'ont pas la même importance. Dans le contexte de Vientiane, et malgré l'ouverture du pays, la pudeur reste de mise pour les femmes. La jeune génération se détache peu à peu de ces codes, et le soir ou les week-ends, les jeunes filles portent de plus en plus souvent des shorts. Mais dans les situations officielles, le cadre scolaire ou professionnel, les femmes portent le *sin*, jupe droite « traditionnelle », et doivent être très soignées (cheveux tressés ou relevés en chignon). De plus, il reste mal vu que les étrangères soient trop « dévêtues ». La pagode est un contexte particulier, où la tenue « correcte » est de rigueur (épaules couvertes, jupe aux genoux ou pantalons). Au début de l'enquête, je portais des tenues « pratiques » et discrètes et je n'étais pas particulièrement « coiffée ». Cependant, quelques remarques de Nong et les regards des acteurs me firent reconsidérer la question. Ma tenue n'était pas « professionnelle » (car j'étais effectivement en train de travailler), et donc inadaptée. Dans la vie quotidienne, je remarquais que de

nombreuses *falang* en situation de travail portaient le *sin*. Je m'en fis faire, et essayait d'en porter (fig.7), en me coiffant en tresses ou chignon. Je fus alors surprise d'observer les changements que cela opérait dans mes rapports avec les acteurs. Femmes et hommes me faisaient la remarque. On me disait que c'était « un beau *sin* », que c'était « bien » que je porte le *sin*, que je faisais « comme les lao », que je « ressemblais à une lao ». Ma taille n'était pas remarquée comme « étrange » pour une *falang* mais on me disait que j'étais « petite comme les femmes lao ». Cette donnée vestimentaire a aussi beaucoup joué dans la façon dont les acteurs nous « associaient », Nong et moi, à la pagode.

Fig. 7 : A. Philippe et Nong au Wat Si Muang, 14/03/2013. Photographie de la pagode.



Ainsi, nous avons pu ressentir la différence sur le terrain, et les personnes se sont montrées d'autant plus avenantes que je faisais l'effort de « me fondre » (même si je restais *falang* avant tout), ce qui facilitait d'autant plus les présentations et les entretiens. J'avais mal jugé l'importance que les personnes accordaient au fait d'essayer de ressembler aux Lao. Dans ce cadre, ce n'est pas la différence qui semble valorisée chez les étrangers, mais « le même ».

IV.3 Les réseaux

Mes positions sur le terrain, en dehors du contexte de la pagode, ont aussi été influencées par les réseaux dans lesquels j'ai été introduite et les personnes qui m'y ont introduit. Par exemple, je vivais chez une dame lao qui me louait une chambre. Nous partagions l'espace commun de la maison, et elle cuisinait les repas. Au fil du séjour nous sommes devenues assez proches. En effet, elle parle couramment le français. Elle a quitté le pays lors de la révolution, a vécu en France le reste de sa vie et a acquis la nationalité française¹⁰⁹. Elle est revenue vivre au Laos il y a quelques années. Ce dernier issu d'une « grande famille » était très connu à Vientiane et avait été chef du *ban* (« village ») dans lequel nous résidions. Ainsi, lorsqu'elle hébergeait quelqu'un chez elle, le chef du *ban* ne lui demandait jamais de « précisions ». C'est en partie ce qui m'a permis de ne pas avoir à montrer mes autorisations : les voisins savaient que j'habitais le quartier mais on ne me demandait pas de rendre de comptes. De plus, ma logeuse, qui était un véritable « guide » au sein de la société Lao, m'a plusieurs fois amenée assister à des cérémonies religieuses chez ses amis, qui étaient, de par son biais, bien disposés à mon égard.

En parallèle, j'avais demandé à Nong si elle avait des amies ou des membres de la famille disposés à nous raconter leurs expériences de grossesse. Elle m'a alors proposé de rencontrer sa mère et sa voisine, puis une de ses collègues qui venait d'accoucher.

Ainsi, c'est aussi à travers ces différents réseaux que de nouveaux contextes d'interactions ont pu être explorés, permettant de recueillir des discours qui pourraient être mis en perspective avec ceux du lieu principal de terrain.

À travers ce second chapitre, nous avons placé le cadre de l'enquête, du général au particulier, et nous avons pu nous pencher réflexivement sur le travail de terrain, les méthodes utilisées et les relations d'enquête. Ces différents éléments de contextualisation nous permettent maintenant d'aborder les données recueillies et leur analyse.

¹⁰⁹ Il n'y a pas de double-nationalité au Laos.

Chapitre 3 – Représentations et pratiques autour de la procréation : présentation et analyse des données

Dans ce chapitre, nous commencerons par présenter les principales données recueillies par « étapes » autour de la procréation, pour ensuite nous pencher sur une analyse des offres et recours thérapeutiques dans le cadre de la procréation pour la population étudiée. Nous ferons ensuite une étude détaillée de la pratique postpartum de *yu kam – yu fai*. Nous terminerons le chapitre en traitant les thèmes de rupture et continuité générationnelles qui font écho à l'évocation discursive du contexte contemporain en termes d'opposition instrumentalisée entre « tradition » et « modernité » comme outils de la création de la nation. Cette partie se conclut par une analyse du phénomène de médicalisation qui s'inscrit dans ce processus.

I. Les différentes étapes autour de la procréation : présentation des principales données

Comme nous l'avons vu, la procréation est un objet transversal, constitué de différentes « étapes » ou « épreuves » dans la vie d'une femme : la sexualité et la contraception, le désir d'enfant, la grossesse, l'accouchement, le postpartum, l'allaitement etc... Nous commencerons ici par faire état des principales données recueillies autour de la procréation, en les présentant

à travers ces « étapes » et en les confrontant, lorsque ce sera possible, aux données d'autres auteurs disponibles à ce sujet. À titre comparatif, nous nous appuierons en effet sur une enquête réalisée en 2005, concernant « l'influence du contexte urbain et social sur les comportements des femmes lors de leur grossesse et après leur accouchement, en périphérie de Vientiane » (Simmala, Vallée, & Barennes, 2006). Cette enquête a eu lieu auprès de 300 femmes, résidant au moment de l'enquête dans les 41 villages sélectionnés et ayant un enfant de moins de 6 mois interrogées sur leurs comportements en matière de recours aux soins (suivis prénatals et accouchement à l'hôpital) et de respect des pratiques « traditionnelles » pendant la période postpartum (régime alimentaire, durée d'exposition au feu). De plus, nous nous appuierons sur un rapport de 2003, destiné à l'OMS « Beliefs, taboos, practices and behaviors around birth in Lao PDR » (Daviau, 2003), ainsi que sur un rapport d'enquête de 2006-2008 basé sur un suivi démographique dans la ville de Vientiane pour évaluer les inégalités d'accès à la santé et à l'éducation selon les niveaux de pauvreté et selon le genre (Lévi, 2009).

Les études s'accordent pour dire que la question de la santé maternelle et infantile est préoccupante au Laos: l'espérance de vie est de 58 ans, le taux de mortalité maternelle (le nombre de femmes mortes, pendant leur grossesse et jusqu'à 6 semaines après l'accouchement, pour 100 000 naissances vivantes) est de 530 en 2000, ce qui reste un des plus élevés de la région (Simmala et al., 2006, p. 352). Comme nous l'avons vu, la situation de Vientiane est particulière dans le contexte du Laos, en termes d'environnement, d'urbanisation, d'éducation, de niveau de vie et d'accès aux structures de santé « officielles ». Les données présentées nous permettront de juger des principales tendances rencontrées dans la population de l'enquête, en gardant en tête sa configuration particulière.

I.1 La population de l'enquête

La population de l'enquête est composée de 30 personnes, qui ont été interrogées au cours de 24 entretiens¹¹⁰. La très grande majorité de la population se définit comme appartenant au groupe socio-culturel lao (seulement deux femmes et un homme sont hmong), ce qui correspond au peuplement de Vientiane qui est majoritairement Lao. De plus, sur 30

¹¹⁰ Un tableau récapitulatif concernant les caractéristiques (nom, âge, milieu social, activité, statut marital, lieu de résidence, nombre d'enfants etc.) des personnes interrogées et le code l'entretien auquel ils ont participé est disponible en annexe 5.

personnes, 4 sont des hommes et 26 des femmes, ce qui fait sens lors d'une enquête sur la procréation. Cependant, malgré ma volonté d'inclure des hommes dans l'enquête, il s'est avéré que souvent les femmes venaient seules à la pagode. Lorsque les couples étaient ensemble, les hommes laissaient souvent leur femme seule pour l'entretien, car nous expliquions que nous allions parler de procréation. Ainsi, seuls deux couples ont participé aux entretiens ensemble. Les deux autres hommes sont un employé laïc de la pagode et un bonze qui était « maître es médicament » (*moh ya*) avant de prendre le froc. Ainsi, les représentations auxquelles nous ferons référence sont en majorité celles des femmes, et la description des pratiques est envisagée de leur point de vue.

Les personnes interrogées ont de 19 à 69 ans¹¹¹. Pour l'étude, les femmes seront réparties en trois tranches d'âge. 7 femmes de 19 à 25 ans inclus, sont toutes étudiantes ou jeunes diplômées n'ayant pas d'enfants ; 11 femmes de 26 à 45 ans, qui sont dans le processus de procréation ; et 8 femmes de plus de 45 ans¹¹², qui sont considérées comme ayant terminé leur propre processus de procréation, mais ont un rôle dans la transmission du savoir et la procréation des jeunes femmes. La moyenne d'âge des femmes de l'enquête est de 37,5 ans. Les hommes ont respectivement 31 ans (mari d'une femme interrogée), 50 ans (*idem*), 67 ans (employé laïc du Wat Si Meuang et mari d'une femme interrogée) et environ 60 ans (moine-*moh ya* du Wat Si Meuang).

De fait, un des effets du site principal de terrain est que s'y trouvaient de nombreuses étudiantes dont 7 d'entre elles ont été intégrées dans la population de l'enquête. Tout d'abord, cela introduit une autre génération dans la population, celle des jeunes femmes de moins de 25 ans (inclus) qui n'ont pas encore d'enfant, dont le discours peut être confronté à celui des femmes de plus de 25 ans ayant des enfants, et des femmes de plus de 45 ans qui sont de la génération de leur mère. De plus, toutes les jeunes filles de moins de 25 ans de l'enquête sont étudiantes ou viennent de terminer leurs études. Elles sont représentantes d'une certaine catégorie de la jeunesse étudiante de Vientiane, mais leur profil particulier (toutes les jeunes filles de Vientiane ne font pas d'études supérieures) doit être pris en compte lors de l'analyse de leur discours, car elles ne sont pas représentative de la jeunesse de Vientiane. Enfin, les origines socio-économiques des personnes interrogées ne sont pas aisément identifiables, si ce n'est par les catégories socio-professionnelles. De plus pour plusieurs femmes je n'ai pas

¹¹¹ Dans cette partie de présentation des données, je donnerai quelques chiffres et calculs de moyennes, qui n'ont pas vocation à la représentativité et la scientificité d'une étude quantitative, mais seront donnés pour placer les tendances de l'échantillon de population constitué par les personnes avec lesquelles j'ai réalisé des entretiens.

¹¹² Au Laos, une femme de 30 ans n'est pas considérée comme jeune, et dans le cadre de la procréation, elle est considérée comme une mère « à risque » parce que déjà « âgée ».

d'information concernant les activités de leur mari. Les informations recueillies montrent que les classes « aisées », « moyennes » et « pauvres » sont représentées. En effet des acteurs de toutes les origines socio-économiques se côtoient au Wat Si Meuang. Il y a cependant seulement 2 femmes appartenant aux classes très aisées, les autres femmes étant de milieu moins aisées ou pauvres. Les informations sur les catégories socio professionnelles montrent que six catégories se dégagent : le travail dans les champs (4 personnes), le travail à la maison (6 personnes), le travail pour l'État (5 personnes), les étudiantes et jeunes diplômées (7 personnes), le commerce (3 personnes), la pagode (moine et employés à la pagode, 3 personnes). Il faut noter que souvent, les femmes nous disaient travailler à la maison et être marchandes, ou encore travailler à la rizière et être marchande. Ainsi, pour éviter de construire des classifications vides de sens sur un petit échantillon de personnes aussi varié, les classes socio-économiques des personnes seront évoquées au cas par cas lors de l'analyse pour contextualiser les discours des acteurs.

Enfin, en ce qui concerne les lieux de résidence et origines, il faut noter que seulement 3 personnes interrogées n'habitent pas dans la province de Vientiane. Une femme habite dans la province de Xiengkuan, une dans la province de Houaphan et une à Luang Prabang. Cependant, des 30 personnes de l'enquête, seulement 9 personnes nous ont dit être originaires de Vientiane (2 personnes n'ont pas précisé). Il semble ainsi que cela traduise l'attrait que produit la ville de Vientiane dans le pays, et la composition variée de sa population.

Ainsi, on ne peut pas dire que cette population soit « représentative », même au sens non-statistique, de la population de Vientiane. Elle est cependant représentative d'une certaine diversité, que l'on retrouve à Vientiane, de niveau de vie, d'origine au sein du pays, de catégories socio-professionnelles. Excepté pour le cas des moins de 25 ans, c'est en effet une population diversifiée, dont la composition correspond plus aux types d'acteurs que l'on rencontre au Wat Si Meuang.

Ici, on peut en effet dire que la configuration du lieu a été un des critères déterminant de composition de la population de l'enquête.

I.2 Avant la grossesse

Pour commencer, je ferai état des principales données concernant les discours et pratiques autour de la sexualité, de la contraception, de l'avortement, du mariage, du désir d'enfant et de l'infertilité en tant qu'étapes dans le processus de la procréation.

I.2.1 Sexualité

Les discours sur les rapports hommes-femme et la sexualité sont des thèmes délicats à aborder en entretien, et ne sont accessibles que par une certaine proximité et confiance entre le chercheur et les acteurs. Dans le cadre de la durée réduite de cette enquête, ces thématiques ont été rarement abordées, si ce n'est avec les étudiantes, avec lesquelles la proximité en âge et en statut était la plus grande. Cependant, les réponses étaient souvent évasives et gênées. Les deux questions posées à ce sujet avaient pour objectif de voir la façon dont les jeunes filles répondraient (ouvertement, évasivement) afin de juger d'une certaine évolution dans le rapport à la sexualité chez les étudiantes de Vientiane. Il faut préciser à ce sujet que malgré la relative ouverture de Vientiane aux représentations et pratiques occidentales (les soirs de Vientiane on trouve des jeunes laotiens dans les bars, les jeunes filles portent parfois des shorts et minijupes en soirée etc.) dans les conceptions de la société lao de Vientiane, il reste mal vu pour une jeune femme d'avoir des relations sexuelles sans être mariée. Ainsi, lorsque je demandais aux jeunes femmes de moins de 25 ans (inclus) si elles avaient des copains, trois d'entre elles me répondaient que oui, et quatre que non : deux d'entre elles voulaient d'abord chercher du travail, les parents d'une autre le lui interdisaient pour qu'elle se concentre sur ses études et la dernière n'en avait pas encore trouvé. À ces questions les jeunes femmes répondaient volontiers. Par contre, lorsque je leur demandais si elles connaissaient des jeunes femmes dans leur entourage ayant des relations sexuelles avec leur copains sans être mariées, les réponses étaient évasives, et elles m'expliquaient qu'on ne parlait pas trop de ça, qu'on ne savait pas.

« Mes amis dans la classe ont des copains mais c'est normal, sans relation sexuelle. Ils sont amoureux pendant un ou deux mois et puis ils changent. Ils ne sont pas tout à fait ensemble. »
(*Khamta, 21 ans, étudiante en administration-tourisme*)¹¹³.

¹¹³ Entretien n°6, 07-03-13, Wat Si Meuang.

« Je ne sais pas. Mais dans ma classe il y a deux couples qui sont amoureux depuis longtemps et leurs parents sont au courant. » (*Chansouk, 21 ans, étudiante en administration-tourisme*)¹¹⁴.

« Oui il y a deux genres parmi nos amies. Par exemple, certaines ont des copains mais vont seulement dîner ensemble et discuter normalement. Mais il y en a d'autres qui ont des copains et qui ont des relations sexuelles mais elles ne le disent pas. Mais on peut le savoir. » (*Tamon et Lin, 25 ans, jeunes diplômées du ministère des forêts*)¹¹⁵.

« On ne sait pas pour elles. Peut-être, mais je ne sais pas vraiment. » (*Sathy et Tiao, 19 ans, étudiantes en finance*)¹¹⁶.

Ainsi, outre le fait que ce thème ne soit pas facilement abordable avec l'inconnue que j'étais, il semble que les étudiantes entre elles restent discrètes quant à leur vie sexuelle, surement en lien avec les règles sociales auxquelles elles sont soumises, de la part de l'entourage familial et de la société en général.

La seconde question posée avait pour but d'évaluer l'accès de ces jeunes femmes aux discours de prévention et d'éducation à la sexualité, de la part de l'entourage familial ou de l'institution scolaire. À ce niveau aussi il est difficile de se faire une idée de la réalité au vu du petit nombre d'étudiantes de l'enquête. Aucune des jeunes filles n'a mentionné avoir assisté à des séances de prévention et d'éducation à la sexualité dans son cursus scolaire. Une d'entre elle avait reçu des conseils de sa mère.

« Seulement ma mère en a parlé. Elle a dit que quand on a un copain, si on veut avoir une relation sexuelle il faut bien se protéger, mettre un préservatif, parce qu'on ne sait pas quelles maladies peut avoir le garçon. » (*Chansouk, 21 ans*)¹¹⁷.

Ainsi on peut postuler que la sexualité dans la société de Vientiane reste un sujet peu abordé et relevant de l'ordre de l'intime et du privé, que ce soit au sein de la cellule familiale ou de l'institution scolaire.

¹¹⁴ Entretien n°6, 07-03-13, Wat Si Meuang.

¹¹⁵ Entretien n°4, 06-03-13, Wat Si Meuang.

¹¹⁶ Entretien n°8, 07-03-13, Wat Si Meuang.

¹¹⁷ Entretien n°6, 07-03-13, Wat Si Meuang.

1.2.2 Contraception et avortement

1.2.2.1 Savoir des jeunes femmes relatif à la contraception et à l'avortement

La plupart des jeunes femmes de l'enquête me disaient vouloir un nombre limité d'enfants. Lorsque je leur demandais comment elles pensaient faire pour « planifier » leurs grossesses, toutes ont évoqué les préservatifs et la pilule, signe que si la sexualité reste un sujet discret, les campagnes de prévention touchent la jeunesse. En effet j'ai pu remarquer au cours des entretiens qu'il était plus facile de parler de sexualité dans le cadre de la santé de la reproduction. Ainsi, Chansouk (21 ans)¹¹⁸ me disait qu'il « faut chercher des moyens pour se protéger. /.../ Il faut dire à son copain d'utiliser des préservatifs ou bien il faut prendre la pilule ». Selon Sathy (19 ans) « il faut chercher des moyens de contraception, comme les préservatifs », et selon son amie Chanta (19 ans) « on peut prendre la pilule ». Cependant, quand je leur demandais si elles connaissaient des jeunes filles non mariées qui la prenaient, elles me répondaient que c'était « secret » et qu'elles ne connaissaient que des femmes mariées qui la prenaient (Tamon et Lin, 25 ans)¹¹⁹.

Ainsi, le discours des étudiantes interrogées témoignent d'une progression, en théorie du moins, de l'accès aux méthodes de contraception, mais dans le cadre du mariage.

1.2.2.2 Discours sur la contraception des femmes de plus de 25 ans

Le thème de la contraception a été abordé dans 12 entretiens avec des femmes et hommes de plus de 25 ans. Les femmes ont évoqué la pilule, les préservatifs, le stérilet et les méthodes « naturelles ».

Chone, 36 ans, fonctionnaire chez Lao Telecom, mariée et ayant 2 enfants nous a dit avoir pris la pilule :

« Ça a été facile de tomber enceinte. Mais si on n'est pas prêt il faut prendre la pilule. Mais j'étais prête pour les deux enfants parce j'avais envie d'avoir des enfants. Après mes deux enfants j'ai pris la pilule parce que deux enfants ça suffit. »¹²⁰

Moa, elle, n'utilise que des préservatifs :

« Pour ne pas avoir beaucoup d'enfants comment faites-vous ? »¹²¹

¹¹⁸ Entretien n°6, 07-03-13, Wat Si Meuang.

¹¹⁹ Entretien n°4, 06-03-13, Wat Si Meuang.

¹²⁰ Entretien n°7, 07-03-1, Wat Si Meuang.

¹²¹ Les caractères en gras dans les extraits d'entretiens correspondent à mes questions.

On utilise des préservatifs.

Qu'est-ce que vous pensez de la pilule?

Je ne l'ai jamais prise mais j'ai entendu que c'était bien. Mais c'est moi qui n'ai pas envie de la prendre j'utilise seulement des préservatifs, ça suffit. » (Moa, 35 ans, mariée, un enfant)¹²².

Khoud, n'utilise que la « méthode naturelle »

« Comment vous faites pour ne pas avoir plus d'enfants? »

Il faut bien se protéger. Par exemple quand on a ses règles, il ne faut pas avoir de relations sexuelles avec son mari. Mais quand c'est terminé, on peut avoir des relations sexuelles avec son mari pendant environ une semaine. Je fais selon la nature, je ne prends pas la pilule. /.../ Je ne l'ai jamais prise, j'utilise les méthodes naturelles. »¹²³ (Khoud, 33 ans, habitante de la Province de Luang Prabang en visite à Vientiane, marchande, mariée et mère de deux enfants de 5 ans et 11 ans).

On peut noter que l'utilisation de ces méthodes est toujours rapportée au cadre marital, et appliquée à la planification familiale. De plus, même des femmes qui ne prennent pas la pilule n'y sont pas, dans le discours, hostiles :

« En 1990 il n'y avait pas de femmes qui prenaient la pilule. /.../ S'il y avait eu la pilule avant, je pense qu'on aurait eu moins d'enfants. »¹²⁴. (Somphane, 52 ans, accoucheuse traditionnelle et employée au Wat Si Meuang, son mari est devenu bonze, 5 enfants).

Dans les discours des personnes de plus de 45 ans, la planification familiale est considérée comme un fait nouveau par rapport à avant, quand on ne pouvait pas maîtriser les grossesses et qu'on utilisait des médicaments « traditionnels » :

«Aujourd'hui, on peut planifier la famille (le nombre d'enfant) parce qu'on connaît les méthodes de contraception.

Comment les gens font pour avoir moins d'enfants ?

Premièrement on prend la pilule. Deuxièmement, il y a le stérilet, et troisièmement le préservatif. On a des choses pour se protéger et on peut fixer quand on veut avoir une relation sexuelle pour calculer la naissance de l'enfant.

Est-ce qu'avant il y avait des moyens traditionnels pour les femmes pour ne pas avoir d'enfants?

¹²² Entretien n°11, 11-03-13, Wat Si Meuang.

¹²³ Entretien n°22, 15-03-13, Wat Si Meuang.

¹²⁴ Entretien n° 18, 13-03-13, Wat Si Meuang.

Oui il y en avait. J'ai entendu les anciens dire qu'il faut faire de la soupe et il y avait un type de médicament qu'on prenait pour ne pas avoir d'enfant. Mais la plupart des gens voulaient des enfants parce que plus on avait d'enfant mieux c'était »¹²⁵ (Mr Manosith, 67 ans, officiant au Wat Si Meuang, marié, 4 filles)

Les femmes de plus de 45 ans font aussi une opposition entre les méthodes de contraception naturelles à la campagne, et les nouvelles méthodes de contraception en ville.

« À la campagne ou en ville comment font les femmes qui ne veulent pas d'enfants ?

On laisse faire la nature. Si c'est en ville, les femmes prennent la pilule. »¹²⁶ (Mme Kamphet, 56 ans, veuve, 3 enfants)

Des femmes de plus de 45 ans ont aussi évoqué le rôle de la pratique de *yu kam*¹²⁷ pendant le postpartum, comme moyen naturel pour « sécher l'utérus » et ainsi retarder le retour des règles et la grossesse suivante. Selon elle, cette fonction de *yu kam* n'est plus connue des jeunes femmes qui restent moins longtemps au-dessus du feu, parce qu'elles ont accès aux méthodes de contraception « modernes ».

« Pour moi il y a eu deux ans entre chaque enfant, parce qu'avant on pouvait rester *yu kam* et notre utérus séchait et donc c'était difficile d'avoir un enfant. Mais maintenant les femmes ne peuvent pas rester *yu kam* très longtemps et elles mangent n'importe quoi donc l'utérus est humide et elles peuvent avoir un nouvel enfant rapidement.

***Yu kam* c'est un moyen d'attendre un peu avant d'avoir un nouvel enfant ?**

Yu kam c'est pour que notre utérus soit sec. C'est long pour avoir les règles, environ 1 an et 8 mois. Donc c'est difficile d'avoir un enfant. /.../ Je pense que c'est pour ça qu'on mettait plus de temps à avoir un nouvel enfant avant. Mais maintenant les gens ne savent pas se protéger et les femmes tombent enceintes facilement. Selon moi, aujourd'hui ils font des enfants vite et ils ont beaucoup d'enfants et puis ils attendent parce qu'ils ont le moyen de se protéger. Mais avant on ne savait pas planifier, on devait garder tous les enfants qu'on avait. Mais maintenant ils peuvent décider d'avoir 2 ou 3 enfants. Avant *yu kam* c'était pour éviter d'avoir des enfants facilement. » (Me Sithasavanh, 56 ans, fonctionnaire à la retraite, épouse de M. Manosith, mère de 4 filles)

Ainsi, les méthodes contraceptives sont évoquées et utilisées par les femmes en âge de procréer, dans le cadre de la planification familiale. Le discours des personnes plus âgées est marqué par l'opposition entre « avant », quand on utilisait les méthodes naturelles et

¹²⁵ Entretien n°3, 06-03-13, Wat Si Meuang.

¹²⁶ Entretien n°5, 06-03-13, chez Me Kamphet.

¹²⁷ Séjour de la mère au-dessus ou à côté d'un feu pendant une certaine période juste après l'accouchement.

« traditionnelles » (les médicaments traditionnels, *yu kam*) et maintenant, où les familles peuvent « planifier » leur désir d'enfant grâce aux nouveaux moyens de protection.

Ceci est confirmé par un rapport d'enquête démographique datant de 2006-2008¹²⁸ sur la population de Vientiane (Lévi, 2009), qui montre que 88% des femmes connaissent la contraception, indépendamment du niveau de vie, mais que seulement 40% d'entre elles utilisent les méthodes contraceptives. En effet, les étudiantes et jeunes femmes célibataires connaîtraient mais n'utiliseraient pas la contraception, qui reste utilisée principalement dans le cadre marital. De plus, certaines femmes mariées n'utilisent pas de méthodes contraceptives. Enfin, parmi les méthodes contraceptives, il semble que les plus utilisées soient la méthode naturelle (47 %), la pilule (30%) et le préservatif (13%).

1.2.2.3 Discours sur l'avortement

Les discours sur l'avortement sont plus difficiles d'accès que ceux concernant la contraception, et ceci principalement parce que l'avortement est officiellement interdit en RDPL. L'avortement thérapeutique est toléré, lorsque que la grossesse met en danger la santé de la mère, mais la procédure est longue et les autorisations difficiles à obtenir (Lévi, 2009). Les avortements se font donc dans les cliniques privées.

- Les données de l'enquête

Au cours de l'enquête je n'ai récolté que très peu de données sur la question de l'avortement. Ces données concernent les pratiques d'avortement illégal et les méthodes « traditionnelles » et populaires d'avortement. Les premières personnes à en parler ont été deux étudiantes.

« Comment font les femmes au Laos, si elles tombent enceintes mais ne veulent pas d'enfant ? »

Chansouk : Je pense qu'elles vont à la clinique pour faire sortir les enfants. Et elles prennent un médicament pour faire sortir l'enfant¹²⁹ ».

C'est légal ?

Khamta : Je pense que c'est interdit¹³⁰.

¹²⁸ Ce programme de recherche est basé sur un suivi démographique dans la ville de Vientiane pour évaluer les inégalités d'accès à la santé et à l'éducation selon les niveaux de pauvreté et selon le genre. L'échantillon de population concerne environ mille ménages répartis dans vingt-sept villages, neuf villages par strate (villages très urbanisés, moyennement urbanisés, faiblement urbanisés) et dispersés sur cinq districts de la capitale de Vientiane.

¹²⁹ *ao louk hok* « prendre l'enfant sortir ».

Chansouk : Je ne connais pas la loi.

Qu'est-ce que vous pensez de l'avortement?

Khamta : Je pense que ça fait peur.

Chansouk : C'est *baap*¹³¹. Ça fait avoir du *kam*¹³². »¹³³ (Khamta et Chansouk, 21 ans, étudiantes)

Puis une accoucheuse traditionnelle (qui a été formée à la santé et à la prévention communautaire et est volontaire dans son village pour la santé maternelle) et son ancien mari, actuellement bonze, m'ont aussi parlé de l'avortement :

« Certaines jeunes femmes avortent ("aiment faire sortir") leurs enfants quand elles sont enceintes de 2 ou 3 mois. »¹³⁴ (Me Somphane, 52 ans, accoucheuse et employée au Wat Si Meuang).

« Certaines femmes oublient de prendre la pilule donc il faut faire sortir le bébé. Certaines font sortir le bébé à l'hôpital. Ça peut être nécessaire parce que certaines femmes ont trop d'enfants et elles avortent parce qu'elles ne peuvent pas subvenir à leurs besoins »¹³⁵ (Moine du Wa Si Meuang, médecin traditionnel *mo ya*, env. 60 ans, ancien époux de Me Somphane)

J'avais donc confirmation que l'avortement illégal se pratiquait au Laos. Enfin, c'est au cours d'un entretien réalisé en Français avec une lao francophone que, plus à l'aise, j'ai pu discuter encore de ces questions.

« Est-ce que vous avez entendu parler un peu de l'avortement au Laos? Que pouvez-vous m'en dire? Parce que les gens m'en parlent peu.

Oh il y en a beaucoup! Il y en a mais en secret, en cachette on n'en parle pas.

Et au niveau de la loi?

C'est interdit.

Ça se fait où alors?

¹³⁰ *Phid*, « faux »

¹³¹ Les mots qui n'ont pas d'équivalents en langue française ne sont pas traduits dans le texte. Ici *baap* est une conception bouddhiste qui renvoie aux « démérites ». C'est l'opposé de *bun*, « les mérites ». Une action qui est *baap* apportera des démérites, et donc du *kam*.

¹³² Le *kam*, ou « karma », est la somme des mauvaises actions commises par un être au fil des réincarnations, qui est attachée à un enfant dès sa naissance. L'enfant doit passer sa vie à gagner des « mérites » pour alléger son *kam*, avoir de meilleures conditions de vie dans le présent et une meilleure réincarnation future. La mort d'une personne est le moment où il s'est débarrassé de son *kam* pour cette vie. Il retrouvera son *kam* s'il se réincarne sur terre.

¹³³ Entretien n°6, 07-03-13, Wat Si Meuang.

¹³⁴ Entretien n°18, 13-03-03, Wat Si Meuang.

¹³⁵ Entretien n°19, 14-03-03, Wat Si Meuang. Cf. Annexes 7.

Dans les cliniques. Ou bien elles vont acheter des médicaments elles même. À l'hôpital on ne le fait pas. » (Kinsavan, 43 ans, professeur de français, mariée, 3 enfants)¹³⁶

L'avortement est donc pratiqué illégalement, ce qui pose question pour la santé des femmes qui se font avorter.

De plus, plusieurs personnes m'ont parlé de plantes et remèdes aux propriétés abortives, utilisées dans les campagnes. La première mention en a été faite lors d'une petite enquête au marché Hmong de médicaments traditionnels se situant à côté du Talat Sao¹³⁷. Je cherchais à déterminer les types de médicaments pour les femmes qui existaient et qui se vendaient. Une seule vendeuse a fait mention d'un médicament aux propriétés abortives, destiné aux femmes enceintes de moins de trois mois : *ya pin mot louk*. À préparer en soupe, ce médicament doit provoquer une hémorragie et la perte de l'enfant. Il est intéressant de noter que sa forme est assez évocatrice, puisque cette racine est un bâtonnet dont l'extrémité ressemble à une fourche ou des griffes. La vendeuse nous disait qu'il était généralement acheté pour des jeunes femmes ayant entre 15 et 20 ans. Par la suite, aucun autre marchand ne nous a parlé de ce médicament, jusqu'à ce que nous rencontrions un moine du Wat Si Meuang qui était aussi médecin traditionnel spécialiste des remèdes (*mo ya*), qui a confirmé le nom du remède mais pas son utilisation et nous a indiqué un autre médicament appelé *mak yor*¹³⁸.

Ainsi, il semble que l'avortement, qu'il apporte des démérites ou qu'il soit légalement interdit, est pratiqué au Laos, et l'était avant l'introduction des cliniques privées. De plus, l'interdiction semble ne pas empêcher les pratiques d'avortement dans les cliniques privées et par les recours aux soins en Thaïlande des laotiennes de milieux aisés.

- Autres sources sur l'avortement en RDPL

Marcel Zago note que l'avortement volontaire est connu et pratiqué au Laos, et que « l'avortement, bien que fréquent, est regardé, quand il est recherché, comme un manquement grave contre la société et contre la religion, digne de sévères châtements » (Zago, 1972, p. 212). L'avortement est donc bien source de démérites et de *kam*, mais reste pratiqué.

De plus, Lévi dans son rapport d'enquête sur la population de Vientiane montre que le recours à l'avortement est répandu dans la capitale (Lévi, 2009, pp. 40–46). En effet, dans la population de cette enquête (des femmes de 15 à 50 ans ayant été enceintes au moins une fois)

¹³⁶ Entretien n°23, 15-03-13, chez Mme Kinsavan.

¹³⁷ « marché du matin », grand marché de Vientiane, à côté duquel a été construit un centre commercial.

¹³⁸ Entretien n°19, 14-03-03, Wat Si Meuang.

une femme sur quatre a eu recours à l'avortement. L'enquête montre que les causes économiques sont à prendre en compte, car les femmes issues de milieu modestes avortent plus que les autres. Cette étude montre aussi que les avortements sont pratiqués en majorité dans les cliniques, mais aussi dans des hôpitaux (avortement déclarés comme thérapeutiques) et à domicile. De plus, ils sont faits en grande majorité par des médecins ou en automédication, et les méthodes utilisées dans l'ordre décroissant sont l'aspiration, le curetage, les médicaments « modernes » (pilule chinoise) et les médicaments « traditionnels ». Peu de cas de complication post avortement auraient été rapportés. Enfin, cette enquête souligne que les recours à l'avortement auraient augmenté dans les jeunes générations, 18% des 25-29 ans ayant avorté au moins une fois dans avant leur 25 ans.

Hypothétiquement, on pourrait mettre cette situation en lien avec les données de notre propre enquête qui montrent que la contraception au Laos semble être réservée à la planification familiale des couples mariés, et non à la sexualité des jeunes gens (pour laquelle c'est même socialement condamné, puisqu'en théorie il n'y a pas de vie sexuelle avant le mariage pour les femmes). Cela pose aussi des questions en termes de risques de transmission du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles dans la jeunesse de Vientiane.

1.2.3 Mariage et désir d'enfants

1.2.3.1 Mariage

Sur les 26 femmes de l'enquête, toutes sont mariées excepté les 7 étudiantes. Elles se sont mariées entre 17 et 33 ans, avec un âge moyen au mariage de 21,8 ans. Les 10 femmes âgées de]25 ;45] ans se sont mariées entre 19 et 33 ans, avec une moyenne d'âge au mariage de 23,6 ans. Enfin, les 8 femmes âgées de]45 ; 69] ans se sont mariées entre 17 et 25 ans, avec une moyenne d'âge au mariage de 19,6 ans. Cet échantillon réduit nous montre que les femmes plus jeunes ont tendance à se marier plus tard.

C'est ce que confirment les étudiantes de l'enquête. Entre 19 et 25 ans aucune n'est mariée. Lorsque je leur demandais si elles voulaient se marier, toutes m'ont répondu oui sauf Khamta, 21 ans.

« Parfois je pense que je ne veux pas avoir de famille ni me marier./.../ Le mariage est bien mais j'aime bien la liberté. /.../ Je veux bien un copain mais je ne veux pas me marier et je ne

veux pas de famille./.../ Ma famille est d'accord, c'est moi qui fait mes règles. »¹³⁹ (Khamta, 21 ans, étudiante en tourisme)

Étant la seule à répondre de la sorte, on ne peut tirer de conclusion, mais le fait même qu'elle refuse l'institution du mariage et soit soutenue par ses parents montrerait une certaine évolution des pratiques, ou du moins une certaine ouverture de la société vers des pratiques occidentalisées.

De plus, si les autres jeunes femmes de moins de 26 ans veulent se marier, elles veulent se marier relativement tard comparé à l'âge moyen au mariage des autres femmes de l'enquête : entre 23 et 30 ans selon les réponses, avec toutes la même exigence, à savoir finir ses études et/ou trouver un emploi avant.

« À votre avis pourquoi les filles de votre âge n'ont pas envie de se marier tout de suite?

Parce qu'elles veulent étudier d'abord et chercher le travail pour ne pas rester femme au foyer. »¹⁴⁰ (Kham, 21 ans, étudiante)

De plus, ces jeunes femmes ont une certaine conscience des responsabilités qu'elles associent au mariage.

Qu'est qui change dans la vie des femmes qui se marient?

« On a beaucoup plus de taches qu'avant. Quand on est célibataire, on peut aller où on veut, on peut faire ce qu'on veut. Si on a une famille, on a moins le temps de sortir et on dépense beaucoup. »¹⁴¹ (Chansouk, 21 ans, étudiante)

« Quand on est seul on n'a pas besoin de trop réfléchir. »¹⁴² (Sathy, 19 ans, étudiante en finance)

« Quand on est seule on n'est pas jalouse et on ne se demande pas où est le mari, s'il est avec une autre femme... Quand on est seule on n'a pas beaucoup de responsabilités. Si on se marie, on doit être responsable. »¹⁴³ (Tiao, 19 ans, étudiante en finance)

Le mariage, est donc vu comme une évidence mais qu'il faut préparer, qui a donc tendance à être retardé, notamment dans les milieux étudiants comme c'est le cas ici. Ainsi ces jeunes femmes décident de jouer un rôle actif dans le mariage et de travailler.

¹³⁹ Entretien n°6, 07-03-2013, Wat Si Meuang.

¹⁴⁰ Entretien n°24, 15-03-13, Wat Si Meuang.

¹⁴¹ Entretien n°6, 07-03-2013, Wat Si Meuang.

¹⁴² Entretien n°8, 07-03-13, Wat Si Meuang.

¹⁴³ *Ibid.*

1.2.3.2 Désir d'enfant

Je m'en tiendrai ici au désir d'enfant des étudiantes. Presque toutes disent vouloir des enfants plus tard, mis à part Khamta qui ne voulait pas non plus se marier.

« Si on ne se marie pas mais qu'on a un bon travail on peut vivre avec la famille »¹⁴⁴
(Khamta, 21 ans).

Les autres jeunes filles évoquent aussi des conditions matérielles nécessaires pour avoir des enfants :

« Il faut s'entraider et les deux doivent travailler pour avoir de l'argent. »¹⁴⁵ (Chansouk, 21 ans)

« Il faut avoir de l'argent et de bonnes bases dans la vie d'abord. »¹⁴⁶ (Kham, 21 ans)

Ou des conditions matérielles comme raison d'avoir des enfants :

« Par exemple quand on sera vieilles il faut avoir des enfants pour s'occuper de nous et si on a des enfants on peut vivre. »¹⁴⁷ (Tamon et Lin, 25 ans)

Il en va de même pour le nombre d'enfants désirés (qui ne dépasse pas trois) et les raisons évoquées :

« Je veux trois enfants parce que si j'en ai moins et que je tombe malade ils ne pourront pas s'occuper de moi. /.../ Parce qu'aujourd'hui c'est la famille moderne. Si on a trop d'enfants on ne peut pas s'en occuper et la mère n'a pas l'occasion de se développer dans le travail. »¹⁴⁸
(Tamon, 25 ans, fratrie de 4 enfants)

« Deux enfants ça suffit. Un pour le mari et l'autre pour la femme. Si on a trop d'enfants on ne peut pas s'occuper d'eux. Ma mère a eu 8 enfants. »¹⁴⁹ (Lin, 25 ans, fratrie de 8 enfants)

Je voudrais deux ou trois enfants. /.../ Parce que à cause de l'économie, on ne sait pas ce qui se passera dans l'avenir, si on sera riche ou pas. C'est difficile de nourrir des enfants si on n'est pas riche. »¹⁵⁰ (Tiao, 19 ans, fratrie de 2 enfants)

On voit que les préoccupations économiques semblent déterminantes dans le désir d'enfants de ces jeunes femmes, ce qui restreint le nombre d'enfants désirés par rapport à ce qu'elles ont pu connaître dans leur propre famille.

¹⁴⁴ Entretien n°6, 07-03-2013, Wat Si Meuang.

¹⁴⁵ Entretien n°6, 07-03-2013, Wat Si Meuang.

¹⁴⁶ Entretien n°24, 15-03-13, Wat Si Meuang.

¹⁴⁷ Entretien n°4, 06-03-13, Wat Si Meuang.

¹⁴⁸ Entretien n°4, 06-03-13, Wat Si Meuang.

¹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰ Entretien n°8, 07-03-13, Wat Si Meuang.

Enfin, il est intéressant de se pencher sur les sexes des enfants désirés par ces jeunes femmes et les explications qu'elles en donnent. Cinq d'entre elles désirent avoir une fille puis un garçon, et une seule préférerait un garçon puis une fille.

« D'abord une fille. Parce que la fille peut aider la mère pour travailler dans la maison. »
(Tamon, 25 ans)

« C'est pareil que Tamon./.../ Je préférerai une fille parce que la fille peut travailler plus que le garçon, et s'occuper des autres enfants. » (Lin, 25 ans)

« Je veux deux filles et un garçon. /.../ J'ai besoin de beaucoup de filles parce que les filles pourront m'aider pour travailler dans la maison. Et le garçon pour protéger les filles parce que les filles n'ont pas assez de force. Et si je peux choisir, en premier j'aimerais une fille. » (Tiao, 19 ans)

« Je voudrais bien une fille d'abord, parce que la fille peut travailler dans la maison. » (Sathy, 19 ans)

On peut observer que ces jeunes filles qui bousculent les schémas sociaux de la génération précédente en retardant l'heure du mariage, en faisant des études et en désirant travailler et avoir peu d'enfant, reproduisent les rôles sociaux et genrés qui leur ont été enseignés, notamment celui du rôle de la femme dans l'espace domestique et du rôle de l'homme comme protecteur de cet espace domestique.

1.2.4 Fécondité, infertilité

1.2.4.1 Les tendances de la population de l'enquête en terme de fécondité

Nous l'avons vu, les femmes de moins de 26 ans ne désirent pas plus de 3 enfants.

Les 19 femmes de l'enquête ayant eu des enfants¹⁵¹ en ont eu 4 en moyenne. Les femmes de]25 à 45] ans ont eu de 1 à 4 enfants, et en ont eu 2,3 en moyenne. Les femmes de]45 à 69 ans] ont eu entre 3 et 10 enfants, avec une moyenne de 6,4 enfants.

Dans le cadre de cet échantillon de population, il y a une claire baisse du nombre d'enfants par femme entre ces deux générations, les femmes de]45 à 69 ans] ayant eu plus d'enfants. Il faut cependant coupler cette donnée avec la baisse du taux de mortalité infantile au Laos, qui

¹⁵¹ Enfants nés en vie.

serait passé de 120 ‰ en 1990 à 77,82 en 2009 et 59,46 en 2011¹⁵². Ainsi, les femmes de plus de 45 ans ont fait plus d'enfants mais la mortalité infantile était plus importante.

En parallèle, l'âge au premier enfant pour toutes les femmes de l'enquête est de 22,3 ans en moyenne, et se situe entre 16 et 31 ans. Les femmes de]25 à 45] ans ont eu leur premier enfant entre 16 et 31 ans, à 23,1 ans en moyenne. Les femmes de plus de 45 ans ont eu leur premier enfant entre 18 et 26 ans, à 21 ans en moyenne. Ces données montrent que les femmes de moins de 46 ans ont eu en moyenne le premier enfant plus tard, mais c'est aussi dans cette catégorie qu'on trouve les mères les plus jeunes et les plus âgées.

Ainsi, l'âge au premier enfant aurait tendance à reculer, en même temps que la fécondité. Il faut cependant tenir compte de la taille réduite de notre échantillon de population, de la difficulté de croiser des variables socio-économiques et de provenance géographique avec ces données, et questionner la validité d'un découpage de ces « générations » à 45 ans.

Ces tendances sont-elles spécifiques à Vientiane ? Ou bien sont-elles spécifiques à cet échantillon de population en particulier ?

Pour en juger, nous nous appuyerons sur le rapport d'enquête démographique sur la population de Vientiane présenté par Lévi (Lévi, 2009, pp. 30–33). Cette enquête indique en effet une tendance à la baisse de la fécondité, surtout au cours de la dernière année (2008), et pour toutes les classes d'âges. Les indices synthétiques de fécondité calculés à partir de ces taux sont très faibles et révèlent une natalité très limitée en milieu urbain, phénomène qui semble s'accroître avec le temps. De plus, l'enquête montre que les femmes appartenant aux ménages aisés et très aisés ont plutôt une fécondité moins élevée que celles issues des ménages pauvres ou très pauvres (Lévi, 2009, p. 30). Enfin, l'âge à la première naissance dans cette enquête s'étend de 14 à 39 ans, 56 % des femmes ayant eu leur première naissance entre 20 et 24 ans, et les femmes issues des milieux très aisés et aisés ayant une première naissance plus tardive que les femmes issues des milieux pauvres et très pauvres (Lévi, 2009, p. 33).

Ainsi, la population de notre enquête semble être touchée par les mêmes tendances que la population de Vientiane, notamment une baisse de la fécondité et un recul de l'âge au premier enfant entre les femmes de]45 à 69 ans] et celles de]25 à 45 ans]. Nous verrons en quoi ce recul peut être questionné d'un point de vue anthropologique.

¹⁵² http://www.statistiques-mondiales.com/mortalite_infantile.htm

1.2.4.2 Informations recueillies sur l'infertilité

Sur les 18 femmes de l'enquête ayant déjà eu des enfants, 6 ont évoqués des difficultés pour tomber enceinte. Cinq d'entre elles ont entre]25 et 45 ans], et deux ont 53 et 56 ans. Voici quelques exemples de leurs discours.

« Pour moi, ça a été difficile de tomber enceinte. Il a fallu deux ou trois ans pour que je tombe enceinte. J'ai eu deux enfants mais c'est difficile et je n'arrive pas à en avoir d'autres. /.../ C'est parce que je fais des rêves anormaux. »¹⁵³ (Vieng, 28 ans, 2 enfants)

« C'est la nature. Je n'ai pas pris de médicaments. Je n'avais juste pas d'enfants. Pour le dernier enfant, le cordon mesurait seulement la longueur entre le pouce et l'index. Ce n'était pas comme les deux premiers. Leur cordon était long. »¹⁵⁴ (Me Kamphet, 56 ans, 3 enfants)

« Je n'ai pas pu avoir d'autres enfants et je ne prends pas la pilule. /.../ c'est difficile d'avoir des enfants. »¹⁵⁵ (Amala, 35 ans, 2 enfants, 5 grossesses dont trois s'étant soldées par des fausses couches)

« Et c'était difficile de tomber enceinte. Il m'a fallu environ trois ans pour avoir un enfant. »¹⁵⁶ (Khoud, 33 ans, 2 enfants)

« En fait on voulait un troisième depuis longtemps mais ça n'a pas marché. Et je ne sais pas ce qui s'est passé, mais je me suis rendue compte que j'étais enceinte. Je suis allée au Canada, je n'étais pas au courant du tout. Et quand je suis revenue j'étais mal à l'aise et tout. Alors je suis allée voir le médecin et il m'a dit que j'étais enceinte de deux mois. /.../ on pensait que ça n'arriverai plus, que c'était trop tard. Je ne prenais pas la pilule ni rien. »¹⁵⁷ (Kinsavan, 43 ans, mère de 3 enfant dont la dernière âgée de 12 jours).

Souvent, il n'y a pas de raisons évoquées, si ce n'est la « nature ». Vieng a mis en cause les « rêves anormaux » qu'elle faisait, qui peuvent être reliés à une manifestation de génies, dont le rêve est une des voies (Pottier, 2007, p. 16). Et Amala dit avoir un problème à l'utérus qu'elle impute à un curetage mal fait.

« Quand j'étais enceinte, j'ai pris un médicament parce que je ne savais pas que j'étais enceinte donc mon enfant est mort dans mon ventre à trois mois. Et les autres sont morts à 6 mois. Et ça m'a causé des problèmes à l'utérus jusqu'à maintenant, parce que peut être les médecins n'ont pas pu tout sortir. »

¹⁵³ Entretien n°1, 28-02-13, Wat Si Meuang.

¹⁵⁴ Entretien n°5, 06-13-13, chez Me Kamphet. Selon elle, le cordon plus court était signe qu'elle ne pourrait plus avoir d'enfants.

¹⁵⁵ Entretien n°15, 12-03-13, Wat Si Meuang.

¹⁵⁶ Entretien n°22, 15-03-13, Wat Si Meuang.

¹⁵⁷ Entretien n°23, 15-03-13, chez Mme Kinsavan.

Elle est d'ailleurs la seule à évoquer un recours à cette situation, qui est de demander de l'aide (*ba:*) à Me Si Meuang pour avoir un autre enfant. En effet, il semble que de nombreuses femmes aient recours à Me Si Meuang pour avoir un enfant, mais peu de celles que j'ai rencontrées m'en ont parlé. C'est Somphane, accoucheuse traditionnelle et employée au Wat Si Meuang, qui a confirmé voir de nombreuses femmes venir dans ce but :

« La semaine dernière ou le mois dernier, il y a des femmes, mariées depuis environ 4 ou 5 ans mais qui n'ont pas d'enfants, qui sont venues ici pour demander l'aide à Me si Meuang. /.../ Par exemple il y a une thaïlandaise qui est venue ici pour demander de l'aide à Me si Meuang pour avoir des enfants parce qu'elle s'est mariée depuis longtemps mais elle n'a pas d'enfants. Une autre personne, mariée depuis 10 ans mais qui n'a pas d'enfant est venue me voir pour faire le rite d'offrande à Me Si Meuang. /.../ Aujourd'hui par exemple il y a eu trois femmes : une de Ban Dongdok, une de Ban Dongkham, et une de Ban Nasaithong. Elles se sont mariées depuis 5 ou 6 ans mais n'ont pas eu d'enfants. Si elles n'ont pas d'enfants elles ont peur que leur mari les quitte et cherche une autre femme. »¹⁵⁸ (Somphane, 52 ans, accoucheuse traditionnelle et employée au Wat Si Meuang)

Plusieurs éléments sont présents dans cet extrait. Tout d'abord, Somphane exprime la pression sociale sur les femmes qui n'ont pas d'enfants. Elle confirme aussi que le recours à Me Si Meuang n'est pas anecdotique. Ensuite, dans un autre entretien, Somphane évoquait les raisons possibles de ces difficultés à avoir des enfants :

« Parfois c'est à cause de la femme et parfois c'est l'homme, parfois c'est le sang qui ne va pas ensemble. /.../ Certaines personnes aiment la facilité donc elles demandent de l'aide à Mae si Meuang. On peut changer le sang aussi. Parfois l'homme est stérile donc on n'a pas d'enfant. »¹⁵⁹ (Somphane, 52 ans, accoucheuse traditionnelle et employée au Wat Si Meuang)

« Changer le sang » signifierait ici changer de partenaire, à cause d'une « incompatibilité » des sangs qui ne « vont pas ensemble ». Cette théorie explicative de l'infertilité est évoquée par F. Héritier, qui explique que dans la plupart des sociétés « traditionnelles », l'infertilité des hommes n'est pas reconnue, mais seulement « l'incompatibilité des sangs » (Héritier, 1996, p. 105) : « Il ne s'agit pas véritablement de l'éventualité d'une détermination des responsabilités mais plutôt, /.../ de l'idée que l'échec d'un couple à procréer peut tenir d'une impossible fusion entre leurs sangs, de ce que nous appellerions une "incompatibilité" des sangs. » Selon Héritier cette conception se retrouve par exemple chez les Samo, et permet le seul cadre de séparation légitime d'un couple.

¹⁵⁸ Entretien n°18, 13-03-13, Wat Si Meuang.

¹⁵⁹ Entretien n°19, 14-03-13, Wat Si Meuang.

Les autres « solutions » à l'infertilité évoquées au cours de l'enquête sont des remèdes « traditionnels » dont nous ont parlé les vendeurs du marché Hmong dans lesquels nous avons fait une enquête exploratoire. Nous demandions à chaque vendeur quels médicaments pour les femmes il avait dans son étal. Trois étals sur les cinq que nous avons visités proposaient des médicaments « pour avoir des enfants ». Nous avons déterminé deux types de médicaments, se préparant en infusion/soupe et à prendre à des moments différents. L'offre de ce type de médicaments témoigne de la demande qui en est faite. On peut se demander si les prix, élevés pour des médicaments traditionnels (de 100 000 à 250 000 Kips, donc de 10 à 25 euros), sont signes du crédit qui leur est accordé, en terme de d'efficacité symbolique ou d'importance symbolique, puisque comme les vendeurs l'ont souligné ils permettent de « créer des enfants », ou bien s'ils s'appuient sur les stratégies de recours des parents désireux d'avoir des enfants. Pour terminer, je soulignerai que personne ne nous a parlé de recours à la médecine « occidentale » dans le cadre des difficultés à avoir des enfants.

I.3 Grossesse

Les informations recueillies sur la grossesse dans cette enquête émanent des 18 femmes ayant eu des enfants, qui ont toutes plus de 25 ans. Parmi ces femmes, trois étaient enceintes au moment de l'enquête. Dans le cadre de cette présentation des données nous ne ferons qu'évoquer les principales tendances, puisque nous reviendrons sur les pratiques et représentations de la grossesse dans les parties plus analytiques de ce travail.

I.3.1 Santé et grossesse

I.3.1.1 Déroulement de la grossesse

La grossesse est considérée partout comme une période de vulnérabilité pour les femmes. J'ai plusieurs fois entendu dire au Laos qu'à 30 ans les femmes étaient déjà « vieilles » et que c'était dangereux d'être enceinte.

« Les médecins m'ont appelé "la mère risquée". Parce qu'une femme enceinte à l'âge de 43 ans ça prend beaucoup de risque. »¹⁶⁰ (Kinsavan, 43 ans, 3 enfants)

¹⁶⁰ Entretien n°19, 15-03-13, chez Mme Kinsavan.

Ainsi, on dit au Laos que la meilleure façon d'avoir une grossesse facile est d'avoir des enfants avant 30 ans, une « bonne santé » et de la « force » (*yu di mi heng*).

À la question « comment se sont passées vos grossesses ? », 11 des femmes de l'enquête ayant eu des enfants (ou enceintes) m'ont répondu que leurs grossesses étaient *tamada* (« normales »), évoquant la fatigue « normale » due à la grossesse. Huit autres femmes ayant eu des enfants ont évoqué des problèmes pendant la grossesse : maladie (paludisme) ; troubles physiologiques tels que maux de têtes, perte de force, vertiges, mal au cœur, perte d'appétit ; fausses couches.

Le discours le plus répandu semble être celui de la « normalité de la grossesse » qui n'est pas forcément considérée par ces femmes comme un état « pathologique ». En effet, même celles qui évoquent des problèmes au cours de la grossesse ne parlent pas de recours aux soins liés, et considèrent les consultations prénatales comme quelque chose de « normal ».

1.3.1.2 Recours thérapeutiques

En termes de recours thérapeutique, aucune femme de l'enquête ne m'a dit avoir eu recours à un médecin « traditionnel » (toutes sortes confondues) au moment de la grossesse.

- Consultation prénatale

Sur les 18 femmes ayant eu des enfants ou enceintes, 12 ont eu des consultations prénatales pour au moins une de leurs grossesses, sans lien apparent entre la déclaration de grossesse « normale » ou de problèmes pendant la grossesse. Elles ont entre 28 et 56 ans et sont originaires de Vientiane et d'ailleurs. Les 4 femmes les plus âgées d'entre elles (de 43 à 56 ans) étaient toutes à ce moment-là fonctionnaires, bénéficiant donc automatiquement des programmes de prévention lancés par le ministère de la santé.

« Oui j'ai eu des consultations prénatales parce qu'il y avait une politique du gouvernement pour que les femmes enceintes fassent la consultation prénatale. »¹⁶¹ (Chanty, 48 ans, anciennement fonctionnaire travaillant pour le Parti)

Les 6 femmes qui déclarent n'avoir jamais eu de consultations prénatales (l'une a 43 ans, les autres ont entre 53 et 69 ans) appartiennent presque toutes à la catégorie des femmes les plus âgées de cet échantillon, et étaient toutes paysannes, marchandes ou femmes au foyer¹⁶². Cinq d'entre elles m'ont d'ailleurs dit n'avoir jamais eu recours à la médecine moderne dans le

¹⁶¹ Entretien n°21, 15-03-13, Wat Si Meuang.

¹⁶² Voir les trois à la fois, car dans les déclarations des femmes pendant les entretiens ces trois activités ne sont pas exclusives les unes des autres et semblent souvent se mélanger.

cadre de la procréation, pour des questions de « timidité », d'accès à l'hôpital, ou parce qu'elles se sentaient mieux à la maison.

Le recours aux consultations prénatales est donc très répandu chez la plupart des femmes de moins de 45 ans, alors qu'il était plus rare chez les femmes de plus de 45 ans, et lié à la catégorie socio-professionnelle.

Les femmes décrivent ces consultations comme des contrôles de la santé de l'enfant et de la mère pour les hôpitaux de district, avec des prises de sang et analyses en plus dans les hôpitaux de province et les hôpitaux centraux. Les prix évoqués varient entre 50 000 et 300 000 Kips. En effet si les consultations sont gratuites à l'hôpital public du fait de la sécurité sociale, les médicaments et les prises de sang sont payants.

- Utilisation de médicaments durant la grossesse

Pour la période de la grossesse les femmes de l'enquête m'ont peu parlé de prise de médicaments. Quasiment aucune n'a évoqué la prise de médicaments traditionnels, mis à part Lom, vendeuse de médicaments traditionnels au marché Hmong du Talat Sao. Concernant les médicaments « modernes », les sept femmes ayant déclaré en avoir pris m'ont précisé qu'ils avaient été prescrits lors des consultations prénatales. Les médicaments évoqués sont toujours des « vitamines » ou des « injections ». La prise de médicaments durant la grossesse ne semble pas très répandue.

1.3.1.3 Pour rester en bonne santé

Au cours de la plupart des entretiens j'ai demandé aux femmes ce qu'elles faisaient pour rester en bonne santé pendant la grossesse. Trois éléments ressortent de leurs réponses. Celles qui ont eu des consultations prénatales disent, souvent en ces termes, qu'il faut « suivre le conseil des médecins ». Ensuite plusieurs femmes évoquent des recommandations liées à l'alimentation, tirées des conseils des médecins de la consultation prénatale ou des campagnes de prévention et sous forme de slogans (« manger les cinq groupes d'aliments »¹⁶³, « faire trois repas par jour et manger régulièrement »¹⁶⁴) ou des pratiques populaires (ne pas trop manger, écouter les conseils des « anciens »¹⁶⁵ concernant les aliments déconseillés pendant la grossesse). Enfin, les femmes évoquent des conseils plus généraux tels que : être propre, ne

¹⁶³ Entretien n°7, 07-03-13, Wat Si Meuang (WSM).

¹⁶⁴ Entretien n°10, 11-03-13, WSM.

¹⁶⁵ Pour le terme lao traduit ici par « anciens » Nong la traductrice utilisait le mot « les vieux », en faisant références aux personnes âgées de l'entourage qui connaissent « la tradition ». J'ai préféré utilisé le mot « anciens », en précisant qu'il ne s'agit pas ici de personnes ayant un statut religieux ou politique particulier.

pas travailler dur, bien se reposer, ne pas être stressée, et être heureuse (« *sabbay* »). Ainsi, il semble que les femmes rencontrées durant l'enquête aient intégré le discours « officiel » sur la santé (ou du moins tiennent ce discours devant une étrangère), tout en s'appuyant sur des pratiques et savoirs populaires et les conseils de l'entourage.

1.3.2 Représentations et pratiques autour de la grossesse

Plusieurs types de représentations et de pratiques autour de la grossesse ont été évoqués durant les entretiens. Je parlerai ici de ceux ayant trait aux pratiques alimentaires, aux questions du genre du fœtus et aux prescriptions ou interdits ayant cours durant cette période.

1.3.2.1 Pratiques alimentaires

Les pratiques alimentaires évoquées sont de l'ordre des envies ou dégoûts de nourriture, ainsi que des prescriptions et proscriptions populaires. Dans les discours il est d'ailleurs parfois difficile de déterminer la différence entre les deux.

Les réponses des personnes interrogées peuvent être ainsi « organisées » :

-Trois femmes m'ont dit qu'elles pouvaient manger de tout pendant leur grossesse. Ce sont des femmes qui ont entre 28 et 31 ans.

-Plusieurs femmes ont évoqué des aliments qui leur faisaient envie (souvent des aliments acides comme les mangues vertes) ou qui les dégoutaient (ont été évoqués le bambou, le durian, le riz, la viande, les fruits).

-Quatre femmes de plus de 50 ans ont parlé des interdits alimentaires transmis par les « anciens ».

Me Kamphet: « Tout d'abord les vieux interdisent de manger les choses grillées. Par exemple, il ne faut pas manger des bananes grillées. Ensuite il ne faut pas manger en s'asseyant sur les escaliers. Enfin, il ne faut pas ramasser des lianes de bambou. En quatrième il ne faut pas manger en marchant. »

« Pourquoi ? »

Me Kamphet: « On a peur d'accoucher difficilement quand le bébé sort. Si on mange des choses brûlées on a peur d'avoir très mal avant l'accouchement. Si on mange en marchant, avant l'accouchement on a mal, des douleurs épisodiques (contractions?) et l'accouchement est difficile. »

Me Tim: « Si la mère mord des lianes de bambou (pour défaire le nœud autour du *kao tom*¹⁶⁶) avant l'accouchement alors après l'accouchement le bébé pleurera sans voix. » (Me Kamphet, 56 ans, et Me Tim, 66 ans)¹⁶⁷

« Il faut bien écouter les conseils des vieilles comme ne pas manger les bananes, ou les œufs qui ont le bébé dedans. Ce n'est pas comme les jeunes aujourd'hui, les femmes mangent tout. »¹⁶⁸ (Me Sithasavanh, 56 ans, épouse de M. Manosith employé au Wat Si Meuang.)

Enfin, Somphane (25 ans), ajoute qu'il ne faut pas manger épicé.

En comparaison aux interdits alimentaires de la grossesse d'avant la révolution rapportés par certains auteurs¹⁶⁹ (Strigler, 2011, p. 148), ceux évoqués ici sont moins nombreux. On retrouve notamment l'interdiction de manger des fœtus, ce qui pourrait agir sur le fœtus lui-même. L'interdiction de manger épicé peut être liée à la « chaleur » attribuée à cet aliment qui peut risquer de provoquer une fausse couche en accélérant le souffle interne dans les canaux de la femme (Pottier 2007 : 265).

-Enfin, trois femmes évoquent des aliments à éviter pour éviter que l'enfant ne soit trop gros et que l'accouchement soit difficile : *hok louk nyak* (« sortir enfant difficile »). Notamment, il est question ici d'éviter les aliments gluants comme la peau de bœuf ou les *kao tom*, d'éviter les aliments sucrés et de ne pas trop manger. Par exemple :

« J'avais envie de boire des sodas quand j'étais enceinte. J'en buvais un litre par jour. Ensuite je ne pouvais plus dormir. J'avais mal à la tête. Je suis allée voir le médecin et il m'a dit que j'avais beaucoup de sucre dans le sang. Et puis mon bébé était gros donc j'ai accouché par césarienne »¹⁷⁰ (Chone, 36 ans).

Ainsi, les pratiques alimentaires évoquées dans le cadre de la grossesse ne semblent pas très strictes à la différence de celles évoquées autour du postpartum. De plus, seules les femmes de plus de 50 ans peuvent évoquer les interdits alimentaires populaires et « traditionnels » qui ne sont ni évoqués ni vraiment suivis par les jeunes générations. La plupart des femmes relaient et appliquent ainsi un ensemble de « conseils » émanant de l'entourage, s'inspirant des règles des proscriptions des « anciens » et des pratiques populaires basées sur les conceptions populaire du corps et de la maladie. Il serait intéressant de se demander si ces prescriptions et

¹⁶⁶ Riz gluant entouré de feuille de banane et fermé par un lien de bambou.

¹⁶⁷ Entretien n°5, 06-03-13, chez Me Kamphet.

¹⁶⁸ Entretien n°13, 12-03-13, chez Me Sithasavan.

¹⁶⁹ Nguyen Vanh Lan, 1942, « Pratiques et croyances laotiennes concernant la grossesse et l'accouchement », *Bulletins de l'Institut Indochinois pour l'Étude de l'Homme*, pp. 99-108.

¹⁷⁰ Entretien n°7, 07-03-13, WSM.

interdictions alimentaires se retrouvent dans les envies et dégouts de ces femmes pendant leurs grossesses.

1.3.2.2 Du genre de l'enfant

Il est intéressant de remarquer que dans sept entretiens avec des femmes des deux classes d'âge, les différences entre le fait d'être enceinte d'une fille ou d'un garçon ont été évoquées. Ces différences s'attachent à la forme du ventre, au poids, à l'état physique général de la parturiente, aux envies de nourriture (souvent de la viande pour les garçons et des aliments acides pour les filles), et à des envies d'actions associées à des rôles genrés (par exemple des femmes enceintes ont envie de fumer ou de boire de l'alcool et se rendent compte qu'elles attendent un garçon).

1.3.2.3 Changements d'habitudes

La plupart des femmes n'ont pas mentionné de changements particuliers durant la grossesse, si ce n'est en termes d'humeurs (irritabilité) ou d'état physique (changement du teint ou de la peau, fatigue).

Concernant le fait de travailler pendant la grossesse, les entretiens ont montré que les trois femmes qui disaient avoir travaillé dur jusqu'à l'accouchement ont entre 43 et 69 ans, et étaient toutes paysannes. Elles expliquent qu'elles n'avaient pas le choix, et que ça facilite l'accouchement en permettant à l'utérus de s'ouvrir plus facilement au moment de l'accouchement. Cinq femmes, des deux catégories d'âge, ont déclaré avoir travaillé jusqu'à l'accouchement mais en réalisant des tâches « faciles », c'est-à-dire non physiques. Seules deux femmes ont déclaré avoir arrêté de travailler. Il semble donc que dans la jeune génération, les femmes continuent de travailler jusqu'à l'accouchement mais en se ménageant, probablement par intégration des conseils des médecins et des campagnes de prévention.

Enfin, seulement quatre femmes ont évoqué deux pratiques socialement et « traditionnellement » proscrites pour les femmes enceintes : ne pas se laver tard le soir et ne pas se rendre à une cérémonie funéraire ou dans une maison qui abrite une personne décédée.

« J'ai entendu qu'on a peur que le bébé soit gros et que l'accouchement soit difficile. Il ne faut pas se laver tard. »¹⁷¹ (Me Tim, 66 ans)

¹⁷¹ Entretien n°5, 06-03-13, chez Me Kamphet.

« Ce qui est interdit aussi quand on est enceinte c'est d'aller chez les morts tant que le cadavre est encore à la maison. Même pour une cérémonie funéraire on ne peut pas y aller. Je ne sais pas pourquoi. On dit qu'après l'accouchement le bébé ne serait pas en bon état. Un collègue m'a dit qu'il ne faut jamais y aller, parce que quand sa femme était enceinte elle est allée chez un mort et quand elle a accouché elle a eu des problèmes. »¹⁷² (Mme Kinsavan, 43 ans)

Les femmes ne nous ont pas donné d'explication à propos de ces interdictions. On peut supposer que ce sont des proscriptions issues de la religion populaire et du culte des *phi* qui au fil du temps ont perdu leur ancrage, qui sont toujours évoquées et présentes dans les représentations et pratiques populaires mais dont seuls quelques « spécialistes » connaissent l'origine, ou qui sont réinterprétées en faveur d'éléments issus de l'influence de la globalisation.

I.4 Accouchement

À travers l'enquête, dix femmes ont déclaré avoir accouché au moins une fois dans les services de santé, dont huit ont toujours accouché dans les services de santé. De plus, les trois femmes enceintes de l'enquête ont prévu d'accoucher à l'hôpital. En comptant ces dernières, 10 femmes de]25 à 45] ans ont ou vont accoucher à l'hôpital, ainsi que 4 femmes de]45 à 69] ans. Parmi ces dernières, une a accouché de 7 enfants à domicile et du huitième à l'hôpital dans le cadre de complications. Les trois autres étaient fonctionnaires au moment de leurs accouchements.

En tout huit femmes m'ont dit avoir accouché à domicile au moins une fois, et 6 d'entre elles ont toujours accouché à domicile. Elles sont 3 de]25 à 45] ans et 5 de]45 à 69]. De toutes les femmes ayant accouché à domicile, la plupart étaient paysannes ou de classes sociales défavorisées. De plus, les mères de cinq des étudiantes de l'enquête ont accouché à domicile, comme la plupart des mères des personnes interrogées.

Ainsi il semble que les critères des femmes ayant accouché à l'hôpital soient l'âge (plus les femmes sont jeunes plus elles accouchent à l'hôpital) et les conditions sociales (les femmes les plus pauvres et les moins éduquées accouchent plus à domicile). Ceci est confirmé par Daviau dans une enquête de 2003 (Daviau, 2003, p. 30).

¹⁷² Entretien n°23, chez Mme Kinsavan.

1.4.1 Accouchement à domicile

Les raisons évoquées pour ne pas accoucher à l'hôpital sont de trois ordres.

-L'inaccessibilité de l'hôpital (il n'y en a pas, c'est trop loin).

« Avant l'hôpital était très loin, il n'y avait pas de transport pour aller à l'hôpital. »¹⁷³ (Ai, homme de 31 ans, à propos de sa mère)

« J'habite à la campagne il n'y avait pas d'hôpital »¹⁷⁴ (Dara, 43 ans, province de Xiengkhuang)

-La « timidité » face aux médecins.

« Parce que j'avais envie d'accoucher à la maison. Je ne voulais pas aller à l'hôpital. J'étais timide avec les médecins./.../ Je n'avais pas peur des médecins mais je n'avais pas envie d'aller à l'hôpital. Je suis timide avec les médecins donc j'ai accouché à la maison. »¹⁷⁵ (Me Kamphet, 56 ans)

-L'envie d'accoucher à la maison parce que l'accouchement c'est normal.

« Je n'avais pas envie parce que c'est facile d'accoucher et selon mon habitude j'ai toujours accouché à la maison./.../ Comme je n'avais pas de problèmes de santé je pouvais accoucher à la maison. /.../ J'avais mal au ventre et j'ai accouché. C'est facile. C'est mon habitude d'accoucher à la maison alors j'ai décidé d'accoucher à la maison pour tous. *Yu di mi heng* »¹⁷⁶ (Me Chanhssi, 69 ans)

Ensuite, il y a plusieurs cas de figure concernant l'aide à l'accouchement. Trois femmes ont été aidées par des thérapeutes. Phone (28 ans) a été assistée par un médecin de l'hôpital qui s'est déplacé pour l'aider à accoucher, parce qu'elle n'avait pas eu le temps de se rendre à l'hôpital. Dara (43 ans), Wane (53 ans) et Tim (66 ans) ont été assistée par des matrones ou « accoucheuses traditionnelles » *moh tam yae*¹⁷⁷. Enfin, 3 femmes de plus de 50 ans disent avoir été assistées par leur mari, et une femme hmong de 30 ans a été assistée par son mari et sa mère, et a aussi accouché seule. Nous reviendrons sur une description plus précise des pratiques d'accouchement à domicile dans la suite de ce chapitre.

¹⁷³ Entretien n°20, 14-03-13, WSM.

¹⁷⁴ Entretien n°14, 12-03-13, WSM.

¹⁷⁵ Entretien n°5, 06-03-13, chez Me Kamphet.

¹⁷⁶ Entretien n°17, 13-03-13, WSM.

¹⁷⁷ Ceci est le terme utilisé par l'informatrice. Pottier (2007 : 125-131) et Condominas (1962 : 109-111) utilisent le terme de *me tam nhè*

1.4.2 Accouchement à l'hôpital

Les hôpitaux les plus fréquemment cités pour l'accouchement sont les hôpitaux centraux Mahosot, Setthatirath et Me le dik. Toutes les femmes ont accouché dans des hôpitaux publics, parfois des hôpitaux de province, mis à part Kinsavan, issue d'un milieu très aisé, qui a accouché dans une clinique privée, à Setthatirat puis en Thaïlande.

Les raisons invoquées pour accoucher à l'hôpital sont le système d'assurance, le fait d'être fonctionnaire et de bénéficier des politiques visant à faire accoucher les femmes à l'hôpital, l'accessibilité et surtout la « sécurité » qui est très souvent évoquée par les informatrices :

« Je pense que c'est plus sûr. Si j'avais accouché à la maison ça aurait été difficile parce qu'il n'y a personne pour m'aider »¹⁷⁸ (Vieng, 28 ans)

« Parce que c'est plus sûr et il y a plus de garanties. Si on accouche à la maison comme avant, il y avait des médecins traditionnels. Mais aujourd'hui on a l'hôpital, donc on doit aller à l'hôpital. »¹⁷⁹ (Monsieur Seua, fonctionnaire, 50 ans)

« À l'hôpital, parce qu'à la maison c'est trop risqué. »¹⁸⁰ (Tamon, 25 ans)

« Pour plus de sécurité pour la mère et l'enfant il vaut mieux aller à l'hôpital. »¹⁸¹ (Khamta, 21 ans)

« À l'hôpital c'est mieux pour la sécurité. » (Phone, 28)

« J'ai accouché à l'hôpital pour être en sécurité, parce que je suis volontaire du village et ma maison est près de l'hôpital. Parce qu'on ne sait pas, parfois les enfants peuvent sortir dans des positions difficiles comme par le bras ou la jambe. »¹⁸² (Somphane, 52 ans).

Etc.

Ainsi, ce discours (tenu par des femmes des trois classes d'âges et par un homme) est revenu très souvent dans les entretiens et il faudra l'analyser en ce qu'il se présente sous la forme d'un slogan, probablement issu des campagnes de prévention. On peut se demander si les personnes ont intériorisé ces slogans par adhésion, ou s'ils sont le signe d'un discours « officiel » utilisé face à l'étrangère que j'étais.

¹⁷⁸ Entretien n°1, 2802-13, WSM.

¹⁷⁹ Entretien n°2, 28-0213, WSM.

¹⁸⁰ Entretien n 4, 06-03-13, WSM.

¹⁸¹ Entretien n°6, 07-03-13, WSM.

¹⁸² Entretien n°8, 13-03-13, WSM.

1.4.3 Complications dans le cadre de l'accouchement

Mortalités maternelle et infantile ont des taux assez élevés dans la population nationale du Laos : le taux de mortalité maternelle est de 470 morts / 100 000 naissances vivantes (2010), et celui de mortalité infantile est de 56,13 ‰ (estimé pour 2013)¹⁸³.

Dans le cadre de cette étude je n'ai pas suffisamment de données concernant la mortalité maternelle sur lesquelles m'appuyer. Mais selon Lévi, à Vientiane, la mortalité maternelle serait de l'ordre de 183 décès pour 100 000 naissances vivantes, ce qui est bien inférieur à la moyenne nationale, et explique aussi les moindres occurrences de ces questions dans les discours. Ainsi une meilleure accessibilité des services de santé semble jouer sur la mortalité maternelle à Vientiane (dans les villages les plus urbanisés du moins).

Cinq informatrices m'ont fait part de problèmes durant la grossesse ou de la perte de leur enfant. Deux femmes, Kinsavan (43 ans) et Amala (35 ans) ont évoqué des fausses couches (l'une en a fait deux l'autre trois) qui ne semblent pas être reliées à l'accessibilité des structure de santé. Ensuite, trois femmes de plus de 53 ans nous ont parlé des enfants qu'elles avaient perdus.

« Ma femme a été enceinte 8 fois et a accouché 8 fois. Un enfant est mort et il nous reste 7 enfants /.../ seulement 6 jours après sa naissance. »¹⁸⁴ (Monsieur Seua, 50 ans)

« J'ai eu 10 enfants. Deux sont morts. Deux garçons./.../ Ils sont morts quand ils étaient petits, à environ 7 ou 8 mois. /.../ Ils sont morts parce qu'avant j'habitais à la campagne. Le deuxième est mort parce qu'il a eu le tétanos dans le cordon parce qu'on l'a coupé avec des ciseaux. Il avait seulement 10 jours. Le premier il avait le paludisme. »¹⁸⁵ (Me Tim, 66 ans)

« J'ai eu 8 enfants mais il me reste seulement 3 enfants. /.../ ils sont morts parce que nous sommes loin de l'hôpital. Si on est malade dans la nuit, on n'a pas de transport pour aller à l'hôpital. Ils sont morts quand ils avaient 3 ou 4 mois. /.../ Certains enfants sont morts à la maison et d'autres sont morts à l'hôpital parce que leur corps était chaud et je ne savais pas quoi faire. »¹⁸⁶ (Wane, 53 ans).

Les principales caractéristiques de ces trois extraits sont qu'ils concernent des femmes de plus de 53 ans, peu éduquées, dans des ménages pauvres ayant un accès à l'hôpital limité. Les trois femmes concernées ont d'ailleurs accouché à domicile. Aucune jeune femme de l'enquête n'a mentionné de mortalité infantile qui, selon l'enquête de Lévi, serait faible à Vientiane (Lévi,

¹⁸³ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/la.html>

¹⁸⁴ Entretien n°2, 28-02-13, WSM.

¹⁸⁵ Entretien n°5, 06-03-13, chez Me Kamphet.

¹⁸⁶ Entretien n°16, 13-03-13, WSM.

2009, p. 49). En effet, seules les femmes de plus de 50 ans ont évoqué avoir perdu des enfants.

Ainsi, le contexte de Vientiane est différent de celui du reste du pays, la population y ayant un meilleur accès aux structures de santé, aux campagnes de préventions nationales et aux programmes de développement internationaux.

I.5 Postpartum

Le postpartum est une période déterminante dans le cycle de la procréation. Cette étape débute à la fin de l'accouchement et s'étend jusqu'au retour des règles de la mère. Physiologiquement, psychologiquement, socialement et symboliquement c'est une période de fragilité pour la mère et l'enfant, une période transitoire, de réintroduction de la femme dans la société en tant que mère (surtout pour un premier enfant) etc. Ainsi cette période donne généralement lieu à des représentations et pratiques, qu'elles soient d'ordre populaire, religieux, physiologique, issues de la médecine « moderne » ou de la médecine « traditionnelle ».

Dans le cadre de cette présentation des données je me bornerai à pointer les pratiques évoquées pendant les entretiens et évaluer leur suivi par les femmes. Nous reviendrons sur la période du postpartum dans plus loin dans ce chapitre.

Les principales pratiques évoquées par les femmes sont l'enterrement du placenta, et le séjour auprès du feu (le « grillage »).

Quatre personnes ont évoqué l'enterrement du placenta, dont les deux femmes hmong de l'enquête. Cette pratique est présentée comme une « tradition » qu'il faut respecter, et semble liée à la santé de l'enfant.

Voici la description de Me Kamphet et Me Tim:

« Me Kamphet : On prend le placenta, on le mélange avec du sel. Si c'est une fille on enterre le placenta dehors près d'un bananier. On creuse environ un avant-bras. Quand on prend le placenta pour l'enterrer il ne faut pas se retourner parce qu'on a peur que les yeux des enfants ne soient pas en face. Puis on prend une bûche pour faire du feu sur l'endroit où on a enterré le placenta pour que le cordon du bébé tombe vite.

À quoi ça sert d'enterrer le placenta ?

Me Tim: C'est la tradition (*paphe:ni*), il faut l'écouter. On enterre le placenta profond pour que les dents du bébé soient solides et pour qu'elles ne tombent pas facilement.

Me Kamphet: Il faut éviter que les animaux ne mangent le placenta parce qu'on a peur que les enfants soient malades. »¹⁸⁷

Le peu d'occurrence de cette pratique par les discours peut s'expliquer par le nombre de femmes ayant accouché à l'hôpital. En effet, le placenta doit être enterré juste après la naissance, ce qui n'est pas possible lorsque la femme accouche à l'hôpital.

La seconde pratique, qui est en fait un ensemble complexe de pratiques et de représentations, est la période de « grillage ». Juste après l'accouchement, la femme s'allonge dans une pièce intermédiaire entre la maison et l'extérieur (souvent la cuisine, à la fois hors la maison et dans la maison chez les lao, j'ai pu observer cette pratique dans une véranda aussi), sur un lit de bambou, sous lequel ou à côté duquel brûlent des braises. Cette pratique est appelé *yu kam* (« être/rester dans le *kam* »), *yu fai* (« être, rester au-dessus du feu »), *nang kam*¹⁸⁸, termes qui sont utilisés comme synonymes par les femmes. Au cours de cette pratique prennent place un grand nombre d'interdits alimentaires plus ou moins stricts selon les familles, et la femme doit « boire chaud et rester au chaud » (*kin hon yu hon*), pour retrouver la chaleur perdue pendant l'accouchement (le sang). Les femmes boivent des infusions chaudes, se lavent à l'eau chaude et ne sont pas censées quitter la pièce. La famille s'organise pour prendre en charge les tâches quotidiennes et c'est le moment où l'accouchée est visitée par l'entourage. La sortie de *yu kam* s'appelle *ok kam* et se présente sous la forme d'une cérémonie de rappel des âmes de la mère et de l'enfant, menée par un spécialiste traditionnel (*moh*). Nous réfléchissons plus loin aux implications de cette pratique, ou de cette période.

Pour l'instant, il faut souligner que toutes les femmes interrogées ayant eu des enfants ont fait *yu kam*, et que les trois femmes enceintes planifient de le faire, ainsi que les sept étudiantes. Celles qui ont accouché à l'hôpital commencent dès leur retour, les autres dès l'accouchement. Le seul cas où les femmes ne font pas *yu kam* est l'accouchement par césarienne, car le médecin et l'entourage le leur déconseillent pour la cicatrice. Elles le font alors à « feu doux » ou sous la forme de *yu kam yen*, c'est-à-dire la même chose (rester coucher, interdit alimentaires, infusions) mais sans le feu. La durée maximale du séjour au feu annoncée par les femmes pour leur premier enfant s'étend de 15 jours à 1 mois. Ensuite, cette

¹⁸⁷ Entretien n°5, 06-03-13, chez Me Kamphet.

¹⁸⁸ Je n'ai pas la traduction de ce terme.

durée diminue au fil des enfants. Les informatrices expliquent qu'il faut réduire la durée du séjour enfant après enfant pour que les cadets respectent les aînés.

Yu kam est aussi une période où les interdits alimentaires sont nombreux. La plupart des femmes expliquent d'ailleurs que les premiers jours elles ne pouvaient manger que du riz et du sel. Ensuite elles peuvent reprendre une alimentation plus variée mais qui comporte un grand nombre d'interdits visant les aliments *kalam* (« interdits ») que nous détaillerons ultérieurement. Toutes les femmes ayant fait *yu kam* (sauf deux) se sont soumises à un régime alimentaire plus ou moins strict. Les deux l'ayant évité (tout en ne mangeant pas certains aliments) sont l'accoucheuse traditionnelle formée à la prévention communautaire de la santé maternelle (Somphane, entretien n°18), qui a été formée à ne pas les respecter, et Kinsavan (entretien n°23), professeur de français à l'université, d'un milieu aisé, francophone et occidentalisé. Si la pratique de *yu kam* ne semble pas combattue par les médecins « modernes » et les campagnes de prévention, les interdits alimentaires le sont car ils menaceraient la santé de la mère (et de l'enfant par l'allaitement). Ainsi il semble que ces restrictions alimentaires soient de moins en moins strictes et respectées, ce que remarquent les femmes plus âgées.

« Avant tous les Lao devaient éviter les aliments (*kalam kong kin*) pendant *yu kam*. Mais maintenant, les gens mangent de tout. Je ne sais pas quels médicaments ils prennent. Parce qu'aujourd'hui c'est moderne¹⁸⁹. » (Me Tim, 66 ans)

« Mais maintenant les gens n'évitent pas certains aliments. /.../Et aujourd'hui notre société est déjà développée et les médecins conseillent de tout manger, comme de la viande ou du poulet pour avoir de la force. C'est parce que les vieilles et les vieux ont toujours interdits de manger et les femmes qui faisaient *yu kam* n'avaient pas assez de force. » (Chone, 36 ans, a respecté très peu d'interdits alimentaires)

Ainsi si *yu kam* reste très pratiqué, nous verrons que cette pratique évolue avec les interdits alimentaires qui l'entourent.

I.6 Allaitement

Je finirai cette présentation des données par quelques considérations sur l'allaitement, qui participe aussi de la période du postpartum. Cette « étape » est déterminante pour les programmes de préventions de la transmission VIH de la mère à l'enfant. C'est aussi une

¹⁸⁹ *tan sa-may*, « époque mise à jour »

question est importante du point de vue symbolique, puisque l'allaitement participe aux systèmes de représentations du corps et des fluides en tant que symbole de fécondité et de féminité, entouré de nombreuses pratiques, qui se déclinent dans le cadre des invariants de la pensée symbolique dans le monde et dans toutes les sociétés (Héritier, 1996).

Toutes les informatrices de l'enquête ont allaité leurs enfants entre 11 mois et 2 ans. Les raisons de l'arrêt évoquées sont le fait de retomber enceinte (surtout pour les femmes de plus de 45 ans qui ont eu en moyenne plus d'enfants), l'arrivée des règles, le fait que les enfants s'arrêtent seul ou que la mère n'ait plus de lait. Les mères déclarent pour la plupart avoir complété l'allaitement par de l'eau et un peu de riz prémâché. Certaines, parmi les plus âgées, prônent l'introduction du riz dans l'alimentation dès le début de l'allaitement. Les autres disent avoir attendu 6 mois avant de donner du riz aux enfants, et Somphane, accoucheuse traditionnelle formée à la prévention de la santé de la mère et de l'enfant, prône même d'attendre 9 mois avant d'introduire toute autre aliment ou boisson que le lait maternel dans l'alimentation du bébé. Les informations données sur le lait en poudre nous disent qu'il n'était pas accessible pour femmes de plus de 45 ans, et que c'est considéré comme moins bon pour la santé que le lait maternel. Enfin, plusieurs femmes nous ont dit avoir eu recours à des médicaments traditionnels pour avoir plus de lait.

Ces données sont confirmées par l'enquête de Lévi (2009, p. 37) qui montre que les femmes de Vientiane pratiquent en grande majorité l'allaitement maternel sur une durée d'une année en moyenne.

Dans un souci de délimitation du propos, nous ne nous pencherons pas dans ce travail sur les pratiques concernant le maintien de la santé des enfants.

Après avoir présenté les différentes pratiques et discours autour de la procréation recueillies au cours de l'enquête de terrain, nous proposons, pour le reste de ce chapitre, de les étudier de façon plus précise et d'en proposer des éléments d'analyse.

II. Offres et recours thérapeutique dans le cadre de la procréation

Cette partie aura pour objectif d'étudier les différents recours aux domaines du religieux, de la médecine « traditionnelle » et populaire et au système de santé officiel dans le cadre de la procréation.

II.1 Religion et procréation

Nous avons postulé en ouvrant le propos de ce travail qu'il pouvait y avoir une certaine pertinence à considérer le lien entre la procréation et le religieux, à travers le lieu même de l'enquête de terrain, le Wat Si Meuang. Nous proposons maintenant de nous pencher sur les rapports entre procréation et religion qui ont été mis en évidence par l'enquête.

II.1.1 Conception

« Avant de naître humain dans le monde c'est le dieu supérieur¹⁹⁰ qui nous envoie dans le monde pour être humain. On naît pour utiliser notre *kam*, si on n'a pas de *kam* ça signifie qu'on est mort. Par exemple si une personne rêve qu'elle retourne à son village natal, ça signifie qu'elle a fini son *kam*, elle n'a plus de *kam* donc elle va mourir. »¹⁹¹ (Moine du Wat Si Meuang, env. 60 ans)

Voici un aperçu de la vision de la conception dans la religion lao, à travers le discours d'un bonze du Wat Si Meuang qui est aussi médecin traditionnel, et qui souligne ici l'importance du concept de *kam* dans la religion bouddhiste et dans le contexte lao en particulier. En effet le *kam* détermine les réincarnations et les naissances, et la vie d'un être est destinée à « user son *kam* » jusqu'à la mort en accumulant des mérites, les *bun*, qui lui permettront de mieux renaître. Selon Zago, les trente-deux *khuan* forment un ensemble qui constituera le futur être humain en choisissant lui-même ses parents. Les *khuan* intégreront le corps du père un soir où

¹⁹⁰ Dans la représentation tai, le Roi du Ciel envoie des êtres célestes s'incarner sur terre dans le monde des hommes (Pottier, 2007, p. 45).

¹⁹¹ Entretien n°19, 14-03-13, Wat Si Meuang.

ce dernier ira se servir d'eau dans la jarre près de la maison¹⁹², puis intégreront l'utérus de la mère par l'union sexuelle qui n'est pas considérée ici comme la seule source de la procréation. Le nouveau fœtus reçoit son corps de son père et de sa mère (sur les 32 parties du corps, 20 proviennent du sperme paternel et 12 de la « substance féminine »), et sera « le résultat de l'ensemble des *khuan* ayant appartenu à un être préexistant » (Zago, 1972, pp. 210–211). Ainsi, cette théorie issue de la religion populaire lao se juxtapose aux conceptions bouddhistes de réincarnation et de *kam*, avec une association entre ce groupe de *khuan* et la substance de l'individu qui se réincarne pour accomplir son *kam* (Pottier, 2007, pp. 48–51), permettant ainsi le syncrétisme de deux systèmes de représentations.

Dans la Vientiane actuelle, des éléments issus de ces représentations restent présents, notamment dans le cadre du désir d'enfants et de l'infertilité, puisque les acteurs se rendent à la pagode pour acquérir des mérites et demander de l'aide pour avoir des enfants, et ce dans le cadre de représentations bouddhistes et du culte des *phi*, puisque Me Si Meuang qui est une entité spirituelle bouddhiste est aussi le génie tutélaire des lieux. Cependant, il faut préciser que si les informateurs ont pour la plupart intériorisé l'efficacité symbolique de Me Si Meuang dans le cadre de la procréation, seuls le moine de la pagode et son ancienne femme Somphane nous ont parlé des principes de la conception. Il est probable que ces représentations se soient mêlées à celles des théories de la médecine « moderne » concernant la procréation.

II.1.2 La procréation et le Wat Si Meuang

L'enquête de terrain au Wat Si Meuang a permis d'observer certaines interactions des représentations et pratiques autour de la procréation avec le domaine du religieux. Cela est dû en premier lieu à la sacralité du lieu, qui est connue et reconnue de tous les informateurs que nous avons rencontrés, qu'ils soient ou non originaires de Vientiane. En effet, tous les discours s'accordaient sur ce point : cette pagode est « sacrée » (*saksit*).

« Cette pagode est très sacrée, depuis l'antiquité on dit que cette pagode est le poteau de la ville et par ailleurs c'est la croyance. Si on souhaite quoi que ce soit elle peut nous donner ce qu'on veut. » (Chanty, 48 ans)

¹⁹² Dans les maisons « traditionnelles » lao, sur pilotis, se trouvent toujours, derrière ou à côté de la maison, de grosses jarres de terre cuite remplies d'eau qui servent pour la toilette quotidienne. Ici la jarre est un symbole de fertilité.

« Cette pagode est sacrée. Si on demande de l'aide on est exaucé. C'est pourquoi tout le monde respecte cette pagode. » (Chanhsi, 69 ans)

« Parce que c'est notre habitude de venir ici parce que cette pagode est très célèbre à Vientiane, c'est un endroit respecté. Si on est malheureux, on peut venir ici pour demander de l'aide à Mae Si Meuang. » (Souphaline, 30 ans)

« Tout le monde respecte cette pagode et croit en cette pagode plus que les autres de Vientiane. » (Khamta, 21 ans)

« Si on va faire des affaires, faire des voyages, ou si on veut continuer les études, on vient ici pour demander de l'aide. Ce temple est sacré et c'est devenu le temple du pays (pas seulement du village) en 1993, selon le vice-ministre. Donc tous les guides disent que ce temple est sacré. » (M. Manosith, 67 ans)

Cette sacralité est souvent attribuée à des temps immémoriaux, c'est la pagode de la ville, dont la renommée sort des limites du pays, et où on peut demander de l'aide et être exaucé. C'est surtout la pagode de Me Si Meuang, à laquelle on peut tout demander, sauf l'amour.

II.1.2.1 Me Si Meuang

La plupart des informateurs expliquent que si la pagode est si sacrée, c'est grâce à Me Si Meuang et à son sacrifice pour la communauté. Il serait impossible ici de rapporter les différentes façons dont on m'a raconté l'histoire de Me Si Meuang. Certains la connaissent en détail, d'autres dans les grandes lignes, mais tous la connaissent, excepté trois personnes originaires des autres provinces et qui savent qu'elle est sacrée.

« Autrefois, il y avait Me Si Muang. Il y a eu des annonces pour rechercher quelqu'un pour être *lack meuang* et c'est elle et son bébé (elle était enceinte) qui ont été volontaires. Son mari l'avait quitté et elle était triste. » (Tim, 66 ans)

« Autrefois, Me si Meuang avait le cœur brisé. Elle est morte ici. Donc dans cette pagode on peut demander tout ce qu'on veut sauf l'amour. (Khamta, 21 ans)

« Elle avait le cœur brisé à cause d'un homme. Son mari l'a quittée quand elle était enceinte de 6 mois. Alors elle a voulu être *tchao wat*. Donc on considère cette histoire comme sacrée. À l'époque on a annoncé qu'on recherchait quelqu'un pour être le propriétaire de ce territoire, et elle a dit qu'elle était enceinte et qu'il n'y a pas de mari responsable. Donc elle voulait être l'esprit sacré d'ici et aider les personnes qui viendraient demander de l'aide. Elle est tombée dans le trou et ce trou était très profond ». (Somphane, 52 ans)

« Avant qu'on construise cette pagode, il fallait chercher une personne pour être *tchao wat*. Il y avait une femme qui s'appelait Si, elle avait un mari et elle est tombée enceinte mais son mari

n'a pas assumé ses responsabilités. Donc quand on annoncé qu'on cherchait un *tchao wat* c'est Me Si Meuang qui a été volontaire et elle a marché vers le trou et puis on l'a enterré et elle est *tchao wat* depuis ce jour. » (Moine du Wat Si Meuang)

« Pour l'origine, c'est à l'époque de Lan Xang, depuis Chao Xaysetthathilad qui avait déplacé la capitale à Vientiane. À cette époque c'est Boulichanh qui contrôlait Vientiane. Il a annoncé que pendant sept jours si quelqu'un voulait être gardien de la ville pour la protéger, il fallait tomber dans ce trou. Sept jours après il y a une femme enceinte d'environ sept mois qui s'appelait Me Nang Si qui a sauté dans le trou avec le cheval blanc et les habitants ont crié qu'il y a *Me Lak meuang* et ils ont enterré ce trou et on a nommé ce poteau Me Si Meuang. » (Vanh, 20 ans)

Outre l'efficacité symbolique de cette légende, ce qui nous intéresse ici ce n'est pas la véracité de l'histoire, mais c'est que Me Si Meuang était enceinte (le nombre de mois varie selon les histoires), et qu'elle s'est sacrifiée pour être *phi lak meuang* (l'esprit du pilier de la ville) et *tchao wat* (entité protectrice de la pagode). Ainsi c'est l'histoire d'une femme morte pendant sa grossesse, qui, plutôt que de devenir un génie malfaisant, devient un génie bienfaisant par essence, protecteur de la ville et de la pagode (voire du pays selon les dires de certains informateurs). La coexistence ici de deux systèmes de références juxtaposés (bouddhisme et culte des *phi*) exemplifie cette « symbiose » mentionnée par Zago et Condominas (Zago 1972 : 382 ; Condominas 1998 : 115). En effet, dans les discours des informateurs il n'est pas aisé de déterminer si Me Si Meuang est un génie tutélaire ou une entité bouddhique. De plus, c'est ici un génie tutélaire abrité dans une pagode. Mais il semble que la plupart des gens ne se posent pas la question, les deux systèmes semblant imbriqués. Le seul fait important pour les informateurs est que Me Si Meuang soit sacrée. Ainsi, il est réputé qu'on peut venir la voir pour protection lorsque l'on part en voyage, si on se lance dans un projet, si on passe des examens, et surtout, si on veut des enfants, ou si on veut de l'aide dans le domaine de la procréation. Par contre, plusieurs personnes m'ont spécifié qu'à Me Si Meuang on ne peut pas demander l'amour.

« On peut demander de l'aide pour avoir des enfants mais on ne peut pas demander de l'aide pour l'amour parce qu'elle est malheureuse en amour. Mais comme elle a un enfant dans le ventre elle peut donner un enfant aux gens » (Moine du Wat Si Meuang, env.60 ans)

II.1.2.2 *Recours des femmes au Wat Si Meuang*

Selon les trois « résidents » de la pagode avec lesquels nous avons réalisé des entretiens, un moine (et *mo ya*), son ancienne femme, Somphane, employée à la pagode (et accoucheuse traditionnelle) et M. Manosith, employé à la pagode, des femmes viennent voir Me Si Meuang : pour demander de l'aide pour la vie en général et pour prier certains jours de l'année, pour demander de l'aide pour avoir des enfants, pour demander un accouchement facile, et pour remercier Me Si Meuang d'avoir accédé à leur demande.

« Si on veut accoucher facilement on peut venir au Wat Si Meuang pour boire l'eau sacrée¹⁹³. Certaines personnes viennent ici pour demander un enfant parce qu'elles sont déjà mariées depuis plusieurs (deux ou trois) années et n'ont pas d'enfants. Ensuite elles tombent enceinte. Il y a aussi des couples étrangers qui demandent des enfants ici. S'ils n'ont pas de problèmes de santé biologique ça marche tout de suite. Il faut faire *kan-ha* : (5 paires de fleurs et 5 paires de bougies sur le plateau) et réciter le texte. Par exemple, nous sommes un couple qui veut un enfant pour avoir un héritier pour la famille. Alors nous voulons que les dieux (*pha'phu't pha'song*) nous aident (*ba'*). Si nous réussissons nous devons donner quelque chose¹⁹⁴. Par exemple, les gens qui n'ont que des garçons et veulent une fille et les gens qui n'ont que des filles veulent un garçon. Ils font *kan-ha* et demandent un garçon ou une fille. /.../ Donc ils croient que ce temple est sacré et sont très respectueux. » (M. Manosith)

Les femmes enceintes viennent généralement pendant le jour de *wan sin*, jour sacré du calendrier lunaire. C'est ainsi qu'après avoir passé plusieurs jours sans voir de femmes enceintes et cru que nous nous étions trompées sur l'importance à accorder à leur recours à Me Si Meuang, nous en avons observé une quinzaine le jour de *wan sin*. Les femmes qui demandent un enfant sont reconnaissables au rituel d'offrande qu'elles font à l'autel de Me Si Meuang, en utilisant cinq paires de bougies (*kan-ha*). Ainsi, il s'agirait ici d'un recours à la fois à l'infécondité, mais aussi en faveur de la survie de la mère et de l'enfant à travers un « accouchement facile ». L'efficacité de ce rite est prouvée, par les informateurs, par les gens qui viennent remercier Me Si Meuang.

En effet, j'ai moi-même effectué un rituel d'offrande à Me Si Meuang, à la demande insistée des acteurs sur le terrain et de Nong. Il fallait demander de l'aide à Me Si Meuang pour qu'elle accepte l'enquête et que ça se passe bien. Le principe est de faire une offrande de fleurs et de cinq paires de bougies devant l'autel, accompagnée des trois prosternations mains

¹⁹³ Concernant « l'eau sacrée », j'ai pu observer certaines femmes jeter un récipient d'eau aux alentours du temple et prier. Nong m'a expliqué que c'était une offrande aux génies, mais je n'ai pas pu en apprendre plus dans le temps de l'enquête. Nous laisserons donc de côté cet aspect, qui mérite d'être questionné ultérieurement.

¹⁹⁴ *kè* : *ba'* « faire des offrandes » : il faut préciser à l'avance ce qu'on va donner quand on fait son souhait.

jointes, de faire sa demande et de promettre une offrande en remerciement si la demande est réalisée.

Ce qui semble se jouer ici, c'est que Me Si Meuang est considérée comme un recours parmi d'autres dans le trajet « thérapeutique » de la procréation. Nous l'avons vu, la plupart des femmes de l'enquête ont accouché à l'hôpital, relaient les messages de prévention à la santé, et ont conscience des théories scientifiques de la conception des enfants. Oui mais. Dans les diverses pratiques inspirées des représentations médicales « modernes » et populaires pour s'assurer une grossesse et un accouchement « en sécurité » ou face à une infertilité, le Wat Si Meuang semble devenir, comme le régime alimentaire et la consultation chez le médecin ou le repos, une façon d'augmenter ses chances. Pottier (2007) montre en effet que les parcours thérapeutiques au Laos sont guidés par la recherche d'efficacité avant tout. « La logique qui sous-tend l'ensemble du processus décisionnel procède /.../ sur un désir de maximiser les chances de guérison du malade en multipliant les recours thérapeutiques » (2007, p. 141). Dans ce cadre, il n'y a pas d'incompatibilité entre les différents recours, qu'ils relèvent de la biomédecine, de la médecine « traditionnelle », des savoirs populaires ou du religieux. L'efficacité de Me Si Meuang est reconnue, parce qu'elle est « sacrée », donc on essaie. Rien d'irrationnel ni de contradictoire dans des systèmes de représentations où se côtoient savoir médical international et interprétations de la maladie comme forme particulière du malheur. C'est sur cette logique que semble procéder les acteurs à travers le parcours de la procréation, qui, s'il est considéré par les personnes âgées comme « normal », semble être considéré comme « risqué » par les jeunes générations, perméables aux campagnes de prévention concernant la mortalité maternelle et infantile. En effet, si Pottier a montré que dans les années 1970, « la grossesse et l'accouchement n'étaient pas considérés comme des problèmes médicaux » dans la plaine de Vientiane, il semble que les entretiens que nous avons recueillis révèlent une tendance à la médicalisation de la grossesse dans les jeunes générations (femmes de moins de 50 ans). En effet, on peut interpréter les différentes représentations autour de la procréation et de la santé comme un système de représentations où la coexistence de différents éléments permet d'activer ceux dont on a besoin à un certain moment, même si ce n'est pas considéré comme la seule solution.

Hors du Wat Si Meuang on retrouve des interactions entre religion et procréation. Nous verrons par exemple lorsque nous nous pencherons sur le postpartum, que les conceptions religieuses de la religion populaire lao ne sont pas absentes des pratiques telles que *yu kam*, qui est aussi le moment où l'enfant retrouve son *kam*, « reste dans son *kam* ». De

plus, certains bonzes récitent des *mantra* qui doivent permettre aux femmes d'accoucher facilement¹⁹⁵.

Ainsi, les rapports religieux/procréation sont importants en ce que le religieux peut être un recours thérapeutique comme un autre dans les épreuves de la procréation.

De plus, cette pagode est un lieu respecté par le gouvernement car il participe de la renommée de Vientiane et l'État Nation. Dans ce lieu peuvent s'exprimer, dans un cadre bouddhiste et face aux « étrangers » de passages (touristes) les pratiques populaires et le culte des *phi*, sans que cela ne soit dévalorisé ou considéré comme « antimoderne » car ici, tout le monde y croit. Ce site de terrain était donc un cadre pertinent pour aborder avec les informateurs les pratiques populaires de gestion de la procréation.

II.2 Recours aux thérapeutes et aux médicaments « traditionnels »

Les cadres de la médecine « traditionnelle » lao ont été présentés dans le chapitre précédent. Il s'agit ici de se pencher sur les discours des acteurs concernant leurs rapports aux spécialistes et aux traitements « traditionnels », dans le cadre particulier de la procréation.

II.2.1 Les thérapeutes « traditionnels » dans les discours et dans les faits

II.2.1.1 Dans les discours

Les informateurs ont rarement évoqué leurs recours aux thérapeutes « traditionnels ». Une femme de 66 ans, Me Tim, m'a raconté avoir accouché avec l'aide d'un médecin traditionnel *moh puen meuang*. Une étudiante, Chansouk (21 ans) nous a dit que sa mère avait été aidée par une vieille femme du voisinage, qui n'était pas spécialiste mais aidait les femmes à couper le cordon. Une autre femme, qui n'habite pas à Vientiane mais dans le Xiengkhuang, Dara (43 ans), m'a dit qu'elle avait été aidée par un médecin « traditionnel » (*moh puen meuang*), en précisant que c'était une femme qui s'occupait seulement des accouchements. Elle a ensuite utilisé les mêmes termes pour désigner le thérapeute « traditionnel » qui avait soigné ses enfants. Or selon Pottier, si les femmes peuvent être des thérapeutes (*moh*), ce phénomène reste peu répandu, parce que, de par leur statut considéré

¹⁹⁵ « On m'a conseillé d'aller voir un bonze, je ne sais pas dans quelle pagode, pour accoucher facilement. Il a une sorte de paroles qu'on doit réciter. » (Kinsavan, 43 ans). Entretien n°23, 15-03-13, chez Kinsavan.

comme ontologiquement impur, elles ne peuvent être initiées (Pottier, 2007, pp. 127–131). On peut alors s'interroger sur le terme de *moh puen meuang*, plusieurs fois confirmé par la traductrice. Il peut s'agir d'une interprétation abusive dans la traduction, ou bien d'un terme générique pour désigner tous les thérapeutes « traditionnels » (*moh puen meuang* se traduit littéralement par « spécialiste de base du village », y compris les matrones et accoucheuses, désignées par Pottier comme *me tam nè* (2007, p. 126). En effet, j'ai plusieurs fois entendu la traductrice utiliser le terme *moh puen meuang* pour désigner un *moh ya* (« maître es remède »). Une autre femme, Wane (53 ans), originaire de Vientiane a désigné la matrone qui l'avait assisté durant l'accouchement comme *moh tam yae*¹⁹⁶ (et non pas « *me* »), terme que Nong considérait comme équivalent de *moh puen meuang*. Il semble donc que les informateurs utilisent le terme de *moh* pour désigner les différents types de personnages « traditionnels » jouant un rôle thérapeutique, qu'ils soient spécialistes initiés ou non. Au cours de nos entretiens, aucune mention n'a été faite des *moh mon* (« spécialistes es incantations ») ou *moh thevada/phi* (« spécialistes es divinités »). Seule une femme, Chanty (48 ans), originaire de Vientiane, m'a expliqué que « c'est le médecin traditionnel qui nous initie pour rester *yu kam* »¹⁹⁷. Mais je n'ai pas la traduction exacte du terme ici, qui pourrait désigner un *moh ya*, un *moh mon* ou *moh thevada*.

Ainsi, les mentions faites de recours aux thérapeutes ou personnes jouant un rôle thérapeutique ne sont pas nombreuses, et désignent souvent des femmes, matrones, accoucheuses, car nous parlions avant tout de procréation. De plus, lorsque je demandais aux informateurs s'il y avait des thérapeutes « traditionnels » à Vientiane, ils me répondaient en général qu'il n'y en avait plus.

« Il y a 20 ou 30 ans il y avait des médecins traditionnels. Mais la plupart des gens vont à l'hôpital maintenant, parce que c'est facile. » (M. Manosith)

« Aujourd'hui il n'y a plus de médecin traditionnel. S'il y en a c'est à la campagne parce qu'il n'y a pas d'hôpital. Mais aujourd'hui parfois à la campagne il y a l'hôpital. » (Me Tim, 66 ans)

« Aujourd'hui les femmes accouchent toutes à l'hôpital. Avant il n'y avait pas d'hôpitaux, on accouchait avec le médecin traditionnel. » (Chanty, 48 ans)

Lorsque nous avons enquêté auprès des marchands de médicaments « traditionnels » installés aux alentours du Talat Sao, nous avons eu les mêmes réponses. Ils nous ont répondu qu'il n'y

¹⁹⁶ Le mode de remerciement décrit par cette informatrice correspond à celui décrit par Condominas pour les *me tam nè* (1962, p. 110), c'est-à-dire une offrande de bougies et de fleurs (*kan-ha* :), une jupe traditionnelle (*sin*) et une somme d'argent symbolique.

¹⁹⁷ Entretien °21, 15-03-13, WSM.

avait plus de médecins traditionnels à Vientiane, qu'ils étaient trop vieux, qu'ils étaient très loin dans les campagnes, et que c'est eux, marchands de médicaments traditionnels, qui pouvaient faire office de médecins traditionnels, car ils avaient appris de leur parents. Ce discours peut être interprété de plusieurs façons. De la part de ces marchands, il peut y avoir une forme de stratégie « commerciale » qui viserait à une sorte de « monopole » de la médecine traditionnelle des remèdes. Mais si l'on rapproche les discours des informateurs du Wat Si Meuang et des marchands de médicaments, on voit que les thérapeutes traditionnels (spécialistes ou non), sont relégués à la campagne, ou dans le passé, dans des temps ou lieux où la modernité symbolisée par l'hôpital n'est pas de mise. Il semble donc que les acteurs opposent « modernité » et thérapeutes traditionnels, qui sont considérés comme les signes du passé, de la « tradition » ou du non-développement.

Il faut ici tenir compte de la position du chercheur sur le terrain. Comme je l'ai précisé auparavant, le temps court de l'enquête n'a souvent pas permis de créer, avec les informateurs, de relations à long terme. Si j'ai pu en revoir certains à plusieurs reprises, je n'étais souvent qu'une étrangère de passage qui voulait parler de procréation. Ainsi, il est probable que les discours que j'ai recueillis aient souvent été empreints d'une façade « officielle », celle du discours dominant que l'on présente à l'étranger à qui on ne fait pas confiance. Or le discours « officiel » au Laos est le discours du Parti. Et le discours du Parti est celui d'un double mouvement de dévalorisation de la médecine traditionnelle populaire comme signe d'obscurantisme religieux et de valorisation de la médecine savante des plantes comme richesse de la culture de l'État Nation laotien. Ainsi, la politique du parti concernant la médecine « traditionnelle » populaire (qui est souvent un mélange de médecine des plantes et de religieux) a été de reléguer cette dernière au rang des pratiques superstitieuses « antimodernes », de stigmatiser les thérapeutes et, à travers la prévention à la santé « moderne », de faire relayer ce discours « officiel » par la population. Il est fort possible qu'il y ait moins de thérapeutes « traditionnels » à Vientiane aujourd'hui, il est aussi probable que les informateurs ne me diraient pas le contraire de toute façon, afin de ne pas passer pour « arriérés » aux yeux d'une étrangère et de ne pas s'afficher comme utilisateurs de la médecine non moderne. Pourtant, nous verrons que l'utilisation des médicaments traditionnels n'est pas anecdotique dans la population de l'enquête. De plus, l'enquête m'a finalement amené à rencontrer un *moh ya* et une matrone.

II.2.1.2 Dans les faits

- Somphane, employée de la pagode et accoucheuse¹⁹⁸

Comme je le disais au chapitre précédent¹⁹⁹, c'est par l'intermédiaire d'un entretien avec une employée de la pagode, Somphane²⁰⁰ (52 ans) que ces rencontres ont été possibles. Elle travaillait dans le jardin de la pagode une après-midi où nous trouvions peu de personnes disposées à discuter, et elle accepta de faire un entretien. Elle nous apprit rapidement qu'elle était « accoucheuse » dans son village éloigné d'environ 100km du centre de la ville (Ban Champa - District Sikutit – Vientiane).

« Au village par exemple s'il y a une femme sur le point d'accoucher et que son bébé est dans une position anormale, on l'emmène à l'hôpital aussi. Je suis volontaire pour le village pour emmener les femmes à l'hôpital. /.../ Je travaille pour le projet "la mère et l'enfant". /.../ C'est un projet pour la santé de la mère et l'enfant. Je participe à ce projet depuis environ 7 ou 8 ans et puis je vais obtenir le certificat. J'ai aussi une formation à l'université des sciences et de la santé et j'ai obtenu un certificat, et une formation à l'hôpital de « Mae lae dek » (= "la mère et l'enfant") dont j'ai obtenu le certificat. Ce projet vise à protéger la bonne santé des mères et des enfants dans le village et la communauté. /.../ C'est un projet du gouvernement parce qu'il est sous la direction du ministère des travaux. J'ai fait des formations de prévention contre le trafic humain, le SIDA, ou pour l'aide aux les pauvres. /.../ On n'a pas de salaire mais si on participe aux formations on peut obtenir de l'argent. Ça je voudrais demander pour qu'un village puisse avoir une personne qui travaille à cette tâche. Parce qu'on travaille beaucoup mais on n'a pas de salaire./.../ »

Le cas de Somphane est intéressant, en ce qu'elle n'est pas une accoucheuse traditionnelle « classique ». En effet, former des matrones à la prévention de la santé de la mère et de l'enfant est à la fois recommandé par les institutions de santé internationales telles que l'OMS, mais était aussi une part du projet de santé publique du gouvernement de la RDPL.

Au nom de la conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, organisée par l'OMS en 1978, le gouvernement laotien a signé la Déclaration des soins de santé primaires. « L'objectif est d'atteindre "la santé pour tous" grâce au développement d'un réseau de soins de base, dans les domaines curatifs et préventifs » (Mobillion, 2010, p. 35). Selon Mobillion, cette politique initiée par l'OMS se réfère en réalité au modèle socialiste (elle a été inspirée d'un modèle établi en 1920 par le commissaire du peuple à la santé en URSS) et est cohérente avec

¹⁹⁸ Cf. Annexe 6, entretien n°18.

¹⁹⁹ Chapitre 2, IV.1.2 « Face aux "résidents" ».

²⁰⁰ Entretiens n° 18, 13-03-13, et n°19, 14-03-13, WSM.

l'idéologie communiste (*Ibid.*). De plus, il semble que la relative autonomie des « PED » signataires de cette convention leur ait permis d'élaborer des projets de façon assez libre (*Ibid.*). Ainsi, le gouvernement laotien a pu construire un système de santé au service de son projet politique : le développement d'un réseau de soins primaires gratuit et ouvert à tous sur tout le territoire national, dont la gestion est centralisée (nous avons vu sa construction pyramidale) : « le dispositif doit permettre de rassembler, sous l'autorité des instances politiques centrales /.../, l'ensemble des régions dans un processus d'intégration nationale. L'État devient l'ultime garant de la santé, pour tous et partout » (Mobillion, 2010, p. 36). On comprend mieux comment la médecine « traditionnelle » populaire, de par l'adhésion qu'elle remportait, a pu être écartée comme source de représentations divergentes et concurrentielles au projet politique du Parti et à son monopole sur la santé.

Ainsi, Somphane fait partie de ce personnel de santé communautaire formé à la prévention de la population, au référencement des soins et à la gestion des urgences obstétriques.

« Avant j'étais le chef de fondation des femmes, j'étais soldat. J'ai été formée à être médecin militaire au niveau supérieur en 3 ans. J'ai appris les bases de la médecine. En 1977 j'étais médecin militaire et soldat. Puis l'année 1979 je me suis mariée. En 1981 j'ai participé à l'association de la jeunesse. L'année 1982-1983 j'ai participé à la fondation des femmes. »
(Somphane)

Elle donc été formée à la médecine et à la prévention par les organes internes d'embrigadement du parti (armée, association de la jeunesse, fondation des femmes). Au cours de l'entretien son discours avait d'ailleurs des accents de slogans officiels de prévention à la santé dans le cadre de la procréation, et elle utilisait le vocabulaire de la santé internationale.

« À moins de 6 mois les enfants ne doivent boire que le lait de la mère. On ne peut pas leur donner de céréales parce que ce n'est pas bien pour l'appendice. Dans le projet on est contre le fait que les enfants boivent de l'eau et mangent du riz (pour les enfants de moins de 6 mois). »
(Somphane)

Elle fait ainsi parti des acteurs qui peuvent relayer la prévention au niveau communautaire, et ainsi que l'idéologie du Parti. Mais dans son village, elle fait aussi office d'accoucheuse, elle connaît les plantes, elle coupe le cordon, et elle conseille les femmes pour *yu kam*. De plus, elle a été mariée à un médecin « traditionnel » spécialiste des remèdes (*moh ya*) qui l'a formée à la connaissance des plantes, qu'elle utilise dans son village pour soigner les femmes. Ainsi, il est possible que là où la médecine « traditionnelle » magico-religieuse ait été combattue, la

médecine traditionnelle des plantes ait pu être valorisée, intégrée à des instituts, et réutilisée sur le terrain. Les détenteurs de savoirs traditionnels formés et « éduqués » par le parti ont pu permettre de faire une synthèse intégrant la médecine des plantes au projet de santé du gouvernement. Il aurait été intéressant d'approfondir cette question en revoyant cette informatrice sur le long terme, ce qui n'a pas été réalisable dans le cadre de cette enquête.

- Le moine du Wat Si Meuang²⁰¹

Somphane nous appris qu'elle tenait son savoir sur les plantes médicinales de son mari, qui était médecin traditionnel (*moh ya puen muang*) et bonze au Wat Si Meuang. Malade, il avait usé en vain de tous les recours thérapeutiques (médecine traditionnelle, hôpitaux) et il avait fini par prendre le froc quelques années auparavant pour se consacrer à transférer des mérites à ses parents morts quand il était jeune. Nous avons pu le rencontrer le lendemain de notre entretien avec Somphane.

Plusieurs éléments doivent être retenus ici²⁰². Tout d'abord, comme le montrait Pottier (2007), ce *moh ya* a hérité de son savoir par son père, lui-même thérapeute, à travers des livres sur les médicaments traditionnels²⁰³. De plus, il est devenu bonze. Il semble que s'il n'exerce plus comme auparavant, sa fonction de bonze n'exclue pas celle de thérapeute qui, en bon bouddhiste, aide les gens. En effet, comme il l'explique, être médecin traditionnel rapporte du mérite (*bun*) qui est accumulé et peut aider l'individu à un moment où il pourrait en avoir besoin. Il nous montre aussi que la médecine des médicaments n'exclue pas l'utilisation de rituels magico-religieux, tels que la récitation de *mantra* et le « souffle », qui pourrait ici se référer à une technique utilisée par les *moh* spécialistes de la conjuration de la malchance, et qui consiste à « vaporiser avec la bouche, sur le corps du sacrifiant, de l'eau et de l'alcool » (Pottier, 2007, p. 120). Cela illustre le fait que dans la médecine populaire et traditionnelle lao, les frontières entre thérapie des médicaments et techniques magico-religieuses sont floues, et que les *moh*, désignés par des termes génériques par les informateurs, utilisent des techniques diverses qui peuvent être apparentées à d'autres catégories de spécialistes. De plus, on voit que les thérapeutes spécialisés tirent en partie leur

²⁰¹ L'extrait de l'entretien n° 19 auquel je me réfère ici est disponible en annexe 7.

²⁰² Idem.

²⁰³ Cet informateur ne mentionne pas d'initiation, ce qui peut être dû au fait que je n'ai pas posé la question, ou qu'il n'ait pas été initié, ce qui est peu probable puisqu'il se désigne comme *moh ya*, mais qui ne doit pas être exclu.

savoir d'ouvrages écrits qui constituent la partie « savante » de la médecine « traditionnelle ». La prise du froc des thérapeutes « traditionnels » contribue ainsi à la transmission du savoir thérapeutique lao, à travers les textes et les pratiques que les moines enseignent à des novices ou à ceux qui viennent les trouver pour des conseils. Enfin, ce moine-thérapeute nous a dit que lui et sa femme soignaient encore des malades, ce qui montre que la demande comme l'offre thérapeutique « traditionnelle » n'ont pas disparu. Il est vrai cependant qu'ils sont tous deux originaires d'un village éloigné du centre de Vientiane, considéré comme la « campagne ». De plus, il précise à ce sujet que peu de femmes vont voir les médecins traditionnels parce que maintenant elles vont à l'hôpital, ce qui est un fait, et que ce sont les personnes qui n'ont pas d'argent qui viennent les voir. La médecine traditionnelle resterait donc un recours pour les ménages pauvres ? Cette question mériterait d'être approfondie ce que je ne ferai pas ici. Je reviendrai plutôt sur la question de la place des thérapeutes traditionnels, évoquée au cours de cet entretien où était aussi présente Somphane, dont le point de vue mérité d'être évoqué :

« Il n'y a en a pas (de médecins traditionnels) parce que les gens n'aiment pas les voir. Aussi parce qu'il y a des projets comme le projet de Me le dek, l'hôpital de Ma ho sod. Si on reste à l'hôpital, il y a une politique qui dit qu'on doit rester à l'hôpital 7 ou 8 jours jusqu'à ce qu'on ait la bonne santé. Avant on n'avait pas beaucoup de politique pour les malades parce que si on restait à l'hôpital 2 ou 3 jours, on devait payer 2 ou 3 millions donc on n'avait pas d'argent pour payer et on devait sortir de l'hôpital rapidement pour rester à la maison. S'il y a des personnes qui demandent de l'aide, les médecins traditionnels les soignent, mais si personne ne demande, les médecins traditionnels ne soignent pas, ils soignent seulement dans leur famille. » (Somphane)

Ainsi, ce qui se jouerait à Vientiane est un manque de visibilité de ces thérapeutes, qui face à une demande moindre (du fait de la fréquentation des hôpitaux, et des cliniques) se consacraient à soigner leur entourage et acquéraient moins de renommée. De plus, elle exprime le fait que les thérapeutes seraient « mal vus ». Donc ils resteraient discrets et les gens en parleraient peu. Reste à savoir qui sont « les gens qui n'aiment pas les voir ». Mal vus par les autorités gouvernementales ou par la population usant du discours officiel de dépréciation des pratiques thérapeutiques « traditionnelles » face à l'encensement de la science médicale « moderne » ? Cette question n'a pas pu être approfondie au cours de cette enquête, mais mériterait de l'être ultérieurement.

Ainsi, ces deux personnages de l'enquête nous nous ont permis de questionner la situation de la médecine « traditionnelle » actuelle à Vientiane, à travers deux exemples : celui d'une

accoucheuse formée par le système de santé officiel et assumant le double rôle de matrone et de volontaire pour la prévention communautaire, et de son mari, un *moh ya* dont la pratique ne correspond pas forcément aux canons du Parti sur ce que doit être la médecine des plantes « conventionnelle » et valorisée. On peut postuler que ces deux exemples montrent que la médecine « traditionnelle » est plurielle et prend, dans le contexte politique du pays et son ouverture à la globalisation des formes moins définies, se réinvente et perdure. Par exemple, il semble, par souci de discrétion et devant une demande de soins plus faible, que les thérapeutes se tournent vers les soins dans le domaine domestique, domaine qui est plus adapté au recours aux soins traditionnels sous leur forme populaire.

II.2.2 Usage des médicaments traditionnels

Je terminerai ces réflexions sur le recours aux formes de la médecine « traditionnelle » en évoquant la question des médicaments traditionnels et des informations recueillies sur leurs usages dans le cadre de la procréation.

Comme nous l'avons vu, les informateurs n'ont pas fait référence à l'utilisation de médicaments traditionnels durant la période de la grossesse. Seuls les médicaments « occidentaux » prescrits par les médecins au cours des consultations prénatales ont été mentionnés. Je n'ai d'ailleurs pas eu d'informations concernant les pratiques d'automédications à travers le recours aux pharmacies privées, pratiques très courantes au Cambodge par exemple (Crochet, 2001, p. 12). Par contre, la quasi-totalité des informateurs ont fait référence à l'utilisation de médicaments traditionnels²⁰⁴ après l'accouchement, pendant la période du postpartum. Les médicaments les plus cités, sous forme d'infusions et de soupes (dans le cadre de *yu kam* il faut « boire chaud et rester chaud »), décrits souvent comme des racines ou des combinaisons d'ingrédients d'origine végétale, sont destinés à avoir du lait, à soigner l'utérus, à faire sortir « le mauvais sang », à « joindre les os et les veines », à « soigner les organes » et à combattre *phid kam*, qui est, nous le verrons par la suite, un état de maladie résultant du non-respect des interdits alimentaires pendant la période de *yu kam*. Seule une jeune femme m'a dit que sa famille allait voir le *moh puen meuang* pour chercher des racines. Le moine-thérapeute a aussi fait références aux femmes qui venaient le voir après l'accouchement pour qu'il leur recherche des médicaments contre *phid kam*. Ainsi, si les femmes ne mentionnent que très peu de recours aux différents thérapeutes traditionnels

²⁰⁴ Il ne sera pas possible de les lister ici. Cf. annexe 8 pour une liste des médicaments traditionnels évoqués au cours de l'enquête.

après la grossesse, elles ont toutes pris des médicaments traditionnels. De plus, hommes et femmes en connaissent les noms. En effet, il y a dans la population, même urbaine, une connaissance développée des plantes, des remèdes et de leurs vertus, et les Lao connaîtraient plusieurs centaines de noms de plantes à usage médicinal (Strigler, 2011, p. 142). Ainsi, le savoir sur les remèdes traditionnels n'est pas uniquement détenu par les spécialistes, mais fait partie de pratiques populaires transmises dans les générations. D'ailleurs, plusieurs informatrices font référence aux « anciens » qui connaissent les plantes.

« On ne va pas vraiment voir le médecin traditionnel. Mais les vieux (*phu thao, phu kè*) peuvent chercher des racines (*ha:k ya:*) pour nous. » (Sathy, 20 ans)

L'utilisation des plantes dans le cadre des soins populaires et domestiques à la procréation semble développée, et pourrait être une des expressions actuelles les plus courantes des recours aux savoirs et théories de la médecine « traditionnelle ». En effet, nous l'avons vu l'utilisation des plantes est tolérée par l'idéologie officielle. De plus, le recours aux remèdes « traditionnels » dans le cadre domestique et populaire correspond peut être à une évolution du rapport des acteurs à la médecine traditionnelle et de la médecine traditionnelle elle-même, qui se pratiquerait plus dans un cadre privé et autonome qu'à travers la relation thérapeute-patient.

C'est en tout cas ce que tendent à montrer les nombreux étals de médicaments traditionnels. Selon mes informateurs et mon enquête, ces marchands sont Hmong²⁰⁵. On les trouve par exemple dans le marché du Talat Sao, dans le quartier alentours. Le jour de notre enquête sur les lieux, nous avons cherché à savoir, auprès de cinq étals différents, quels étaient les médicaments destinés aux femmes. Au cours de nos discussions avec les vendeurs, j'ai pu observer que de nombreuses personnes achetaient des médicaments, et notamment des médicaments destinés au postpartum. Pour qu'il y ait une telle offre il est probable que la demande soit réelle. Voici la liste des différents usages des médicaments destinés aux femmes proposés dans ces étals :

Pour les pertes blanches et le mal aux reins ; pour avoir du lait (*ya to noy*) ; pour soigner l'utérus ; pour « purger » le corps après l'accouchement ; pour lutter contre *phid kam* ; pour avorter (*ya pin mot louk*)²⁰⁶ ; pour une bonne circulation du sang ; pour retrouver l'appétit ; pour avoir des règles normales ; pour avoir un enfant.

²⁰⁵ Je n'ai pas eu le temps de comprendre pourquoi ce sont de nombreux Hmong qui font le commerce de médicaments traditionnels.

²⁰⁶ Nous n'avons trouvé ce médicament que dans un seul étal.

Selon les vendeurs, les plus achetés seraient ceux pour les règles, les pertes blanches et l'utérus.

Il faut préciser que les vendeurs des étals ne sont pas « médecins traditionnels ». Leur connaissance a des sources diverses : échange d'information auprès des vendeurs, accumulation des connaissances suite à une maladie traitée par les médicaments traditionnels, savoir transmis par les parents. Cependant, un des vendeurs, originaire de la province de Siengkhuang, m'a dit lorsque je lui demandais où trouver des médecins traditionnels qu'ils pouvaient remplacer ces derniers car ils avaient la connaissance des médicaments. En effet, on peut se demander si le rapport aux médicaments par le biais de ces marchés n'est pas plus développé que la relation thérapeutique elle-même. En tout cas elle est plus visible. De plus, ce recours donne une certaine liberté aux acteurs qui vont chercher ce dont ils ont besoin, ou qui présentent leurs symptômes auxquels correspondront les remèdes ou ingrédients achetés. On retrouve ici le rapport aux dépôts de pharmacie privés, que l'on trouve au Laos, dans lesquels on va chercher ce dont on pense avoir besoin, conseillé par l'entourage ou le vendeur, sans passer par la relation thérapeutique. On pourrait donc postuler que ce qui se joue dans l'évolution des recours aux médicaments et à la médecine « traditionnelle » c'est le développement de l'automédication. En effet, l'automédication permet un rapport plus libre, et adapté à l'utilisation populaire et domestique des pratiques de la médecine « traditionnelle » dans le cadre de la procréation. De plus, il semble que sous cette forme, la vente de médicaments traditionnels soit un véritable « marché », en ce que l'on y trouve aussi des produits « commerciaux », que l'on retrouve dans les marchés destinés aux touristes. Par exemple, deux statuettes sculptées dans de l'écorce, un homme et une femme, se trouvent dans tous les étals du marché aux médicaments et dans les marchés de touristes. Dans le marché aux médicaments, chaque vendeur en donne une interprétation différente (pour que le couple s'entende bien, pour les douleurs articulaires etc.). La marchande avec laquelle nous avons réalisé un entretien formel²⁰⁷ nous a dit que ces statuettes venaient de Thaïlande, où elles sont probablement fabriquées en série. Cette exemple a pour vocation de montrer que se crée un marché susceptible d'attirer certains laotiens à la recherche de solutions thérapeutiques, mais aussi les étrangers de passage (thaïlandais, touristes...). En effet, le moine nous a expliqué que les médicaments de ces étals n'étaient pas forcément ramassés de la bonne façon, qu'on ne savait pas toujours d'où ils venaient et que cela jouait sur leur efficacité. Selon lui, un bon thérapeute doit ramasser lui-même les plantes et racines qu'il

²⁰⁷ Entretien n°25, 16-03-13, marché des médicaments traditionnels.

utilise, ou bien acheter des ingrédients dans ces marchés qu'il préparera lui-même. Cependant, tous les utilisateurs de médicaments traditionnels ne sont pas spécialistes, et il est possible, en ville, devant la moindre visibilité des médecins traditionnels et l'individualisation sociale qui accompagne le modèle libéral, que ces marchés soient une expression de l'évolution des recours aux médicaments traditionnels, et à la médecine traditionnelle elle-même. Il faudrait, pour aller plus avant, pouvoir étudier les rapports aux médicaments « occidentaux » et aux pharmacies privés, afin de les comparer au contexte des médicaments traditionnels. Quoiqu'il en soit, il semble qu'ici aussi se soit la recherche d'une efficacité thérapeutique qui prime, avec un rapport plus direct aux médicaments, et qui fait de la période du postpartum un moment où la femme est prise en charge dans le cadre domestique des représentations et pratiques populaires de gestion de la procréation.

II.3 Rapport au système de santé « moderne »

Nous avons vu dans la présentation des données que le recours au système de soins officiel était évoqué par les informatrices les plus jeunes, notamment dans le cadre de la grossesse (consultations prénatales) et de l'accouchement. Les relations des acteurs au système de santé officiel se font à travers ces recours, mais aussi à travers les campagnes de préventions et les informations qui sont intériorisées par les acteurs. Ainsi, le recours au système de santé n'est pas exclusif, comme ne l'est pas non plus le recours aux thérapeutes ou aux médicaments traditionnels. Ces différents recours sont, pour les jeunes générations, associés à des périodes différentes (système officiel de santé pendant la grossesse et l'accouchement, système populaire de soin pendant le postpartum). De plus, de nombreuses représentations et pratiques des femmes autour de la grossesse et de l'accouchement reposent à la fois sur les informations émanant du système de santé officiel, et sur celle du système de santé populaire.

N'ayant pas pu, au cours de l'enquête, accéder aux structures du système de santé officiel, je me bornerai ici à évoquer certaines tendances des discours qui dénotent de l'évolution des rapports des acteurs aux systèmes de soins officiels, qui se basent sur des représentations et des pratiques.

À la question de savoir pourquoi les femmes vont à l'hôpital, il semble que dans le cadre de Vientiane, les arguments avancés soient l'accessibilité (avant il n'y avait pas d'hôpitaux,

maintenant il y en a), la gratuité, et surtout, la sécurité. En effet, les discours sur la « sécurité » de l'hôpital reviennent souvent dans les entretiens.

« Pour plus de sécurité pour la mère et l'enfant il vaut mieux aller à l'hôpital. » (Khamta, 21 ans)

« Je pense que c'est plus sûr. Si j'avais accouché à la maison ça aurait été difficile parce qu'il n'y a personne pour m'aider. Si j'accouche à l'hôpital que ce soit difficile ou facile c'est plus sécurisant. » (Vieng, 28 ans)

« Parce que c'est plus sûr et il y a plus de garanties. » (M. Seua, 50)

« À l'hôpital c'est mieux pour la sécurité. » (Phone, 28 ans)

« J'ai accouché à l'hôpital pour être en sécurité, parce que je suis volontaire du village et ma maison est près de l'hôpital. Parce qu'on ne sait pas, parfois les enfants peuvent sortir dans des positions difficiles comme par le bras ou la jambe. » (Somphane, 52 ans)

Même si la classe d'âge doit être prise en compte dans ce rapport au système de santé, la plupart des informateurs tiennent ce discours, ou celui qui présente l'hôpital comme une donnée du monde moderne dont il faut profiter. On peut ainsi postuler une réussite relative du projet de santé publique du gouvernement dans le cadre de Vientiane, dans le sens où les femmes ont plus souvent recours au système de soin, mais surtout parce qu'elles semblent avoir intériorisé les slogans des campagnes de prévention et « d'éducation » à la santé, programmes qui prennent part au projet politique du Parti qui se présente comme souverain de ce système de soin. Cependant, deux points méritent d'être questionnés.

Au cours d'un entretien, un homme a mentionné « qu'à l'hôpital le médecin prend les pieds des enfants et nous ne faisons pas comme ça parce que c'est dur pour les enfants » (M.Seua, 50 ans, Hmong). Une femme (Kinsavan, 53 ans) a aussi parlé du manque de propreté des structures de santé au Laos. Ils sont les seuls à exprimer leurs représentations négatives à propos de l'hôpital. En effet, aucun autre informateur n'a eu de discours critique sur le système de soin officiel, l'hôpital, ou le personnel de l'hôpital. Sans sur-interpréter cette observation, il est possible de penser que, comme le discours officiel que j'ai recueilli sur les médecins traditionnels en ville (« il n'y en a pas »), cette absence de représentations critiques témoigne de ce que les acteurs m'ont présenté un discours officiel valorisant le système de soin, à travers les slogans des politiques publiques du Parti. Il est donc possible que ce discours officiel fausse ma perception des pratiques et représentations des acteurs, qui choisissent certainement celles qu'ils mettent en avant en fonction de la situation d'énonciation.

Ensuite, avec l'ouverture du pays aux modèles occidentaux, la démocratisation de l'accès à l'hôpital et l'introduction du système de soin privé, on voit apparaître de nouveaux phénomènes dans le rapport aux soins de la médecine « moderne ». Nous avons vu par exemple que le phénomène de l'avortement n'était pas anodin au Laos et qu'il se faisait principalement dans les structures de santé privées. En parallèle, l'accouchement par césarienne a été évoqué souvent dans les entretiens, que les femmes aient elles-mêmes accouché par césarienne ou qu'elles me parlent de personnes de leur entourage. Plusieurs informatrices m'ont même automatiquement précisé qu'elles avaient accouché par voie naturelle. Le réflexe de le préciser dénote du fait que les accouchements par césarienne soient courants. Ce phénomène est peut être dû à l'augmentation du recours aux structures de santé pour l'accouchement, et à la baisse de la mortalité maternelle en ville. Les femmes qui ont des problèmes au moment de l'accouchement vont plus à l'hôpital et plus de césariennes sont pratiquées. Cela peut aussi être lié à une forme de médicalisation de l'accouchement, où la césarienne permet de prévenir les accouchements difficiles, voire de planifier les accouchements.

« Mes parents auraient préféré que j'accouche ici. Et par voie naturelle aussi. Mais finalement j'ai discuté avec mon mari, et il avait peur. On a décidé de faire une césarienne. /.../ La date prévue de l'accouchement naturel était fixée le 2. Le médecin, quand il m'a vu arriver, a regardé ma mine et m'a dit "oh il faut attendre encore au moins une semaine si vous voulez accoucher naturellement". Et mon mari m'a dit "allez décide toi". Et on a décidé à la dernière minute. » (Kinsavan, 43 ans)

On est loin ici de la procréation considérée comme quelque chose de « normal » et « facile ». De plus, cette informatrice nous permet de réfléchir à un autre phénomène qui est celui du recours aux soins dans le secteur privé et en Thaïlande. En effet, elle est issue d'un milieu aisé et francophone et la plupart des membres de sa famille vivent à l'étranger. La population de l'enquête présente des caractéristiques socio-économiques diverses, mais peu d'informateurs avaient un niveau de vie élevé. Ainsi, elle est la seule à avoir mentionné un recours aux soins en Thaïlande, phénomène très prisé des populations les plus favorisées de Vientiane, ville frontalière avec la Thaïlande. Pour ses trois accouchements, elle a été dans une clinique privée, puis à l'hôpital Sethattirat, et enfin en Thaïlande. En effet, du fait de plusieurs fausses couches et de son âge, sa famille trouvait trop risqué qu'elle accouche au Laos.

« En Thaïlande c'est moins risqué, l'hôpital est très propre. Ici les médecins sont très compétents, mais les lieux ne sont pas très propres par rapport à là-bas. On voit tellement de différences. C'est pour ça que c'est cher par rapport à ici... » (Kindavan, 43 ans)

Ainsi, le principe de recherche de sécurité associée à l'hôpital public au Laos par les campagnes de prévention gouvernementales se retrouve aussi associé aux hôpitaux de Thaïlande, pour la frange de la population qui peut se le permettre. Si seule Kinsavan évoque son recours aux soins en Thaïlande pour l'accouchement dans les entretiens, c'est un recours dont on m'a beaucoup parlé durant mon séjour au Laos, et qui dénote d'une certaine évolution des représentations et pratiques se traduisant dans les milieux aisés par la recherche de la sécurité hors des limites du pays. D'autres ont travaillé sur la question du recours aux soins transfrontaliers (Bochaton, 2009) qui ne nous intéressent ici qu'en ce qu'ils nous disent sur le rapport au système de santé officiel et à plus large mesure à la biomédecine.

Ainsi, cette évolution du recours au système de soin dans le cadre de la procréation pourrait témoigner du succès relatif des programmes gouvernementaux et internationaux de santé publique qui ont introduit des représentations médicalisées de la procréation qui doit être sécurisée à travers le recours au système de santé public, mais aussi par la recherche de soins jugés plus performants hors de l'État.

En outre, l'évolution du rapport à l'hôpital n'exclut pas, pour les acteurs, les pratiques populaires de gestion de la procréation, qui sont caractérisées par un système de représentations qui emprunte des éléments aux systèmes de soin « traditionnel » et « moderne », et se traduit par des recours multiples en fonctions des stratégies de recherche d'efficacité mises en place par les acteurs selon les étapes de la procréation.

II.4 Gestion populaire et domestique de la procréation

Face à la médecine « traditionnelle » savante et à la biomédecine, le savoir populaire est « plus ouvert aux influences que les deux autres secteurs, il leur emprunte leurs modèles étiologiques et thérapeutiques pour créer un "objet" nouveau, constamment en recomposition. Sa mobilité et ses multiples aspects en rendent la saisie plus difficile à réaliser » (Crochet, 2001 :10).

Sans prétendre en saisir les multiples aspects et implications, intéressons-nous maintenant aux savoirs et pratiques populaires autour de la procréation. Il ne s'agit pas ici d'une présentation exhaustive mais plutôt de proposer des éléments d'analyse et de réflexions autour de ces pratiques et représentations populaires.

II.4.1 Réflexions sur les représentations et pratiques autour de la grossesse

II.4.1.1 Prescriptions, interdits et pratiques pendant la grossesse

Dans la présentation des données j'ai évoqué le cas des prescriptions et interdits alimentaires pendant la grossesse, en montrant qu'ils étaient moins développés que pendant la période du postpartum. Elles méritent néanmoins d'être évoquées, en ce que les entretiens des informateurs ont montré que pendant cette période, les femmes préservent leur santé en combinant des éléments issus des campagnes de prévention du ministère de la santé, les conseils des médecins, et les représentations du système médical traditionnel lao. En effet, que ce soit dans les pratiques alimentaires ou les actions déconseillées, les femmes ont évoqué des pratiques qui reposent sur un système de représentations dont elles ont quelques éléments, qui leur ont été transmis, qu'elles ont entendus, mais sans qu'elles en aient (comme la plupart des acteurs) une connaissance développée. Par exemple, les conceptions du chaud et du froid sont intégrées dans une partie des pratiques alimentaires évoquées, sans que les acteurs aient une connaissance poussée des aliments chauds et froids et des principes qui président à leurs choix dans telle ou telle situation. Plusieurs femmes ont évoqué leur envie d'aliments acides pendant la grossesse. Or les aliments acides appartiennent à la catégorie du froid. Et il semble que les éléments évités par les femmes pendant la grossesse (viande, œuf, alcool, piment) soient des aliments chauds, ceux qui confèrent le plus d'énergie et de puissance sexuelle (attribut des hommes) (Strigler, 2011, p. 154). Ainsi, les envies des femmes enceintes sont socialement dirigées vers les aliments acides, donc froids, car elles ne doivent pas être trop « chaudes » à ce moment-là de la procréation. Pour donner un autre exemple, Me Tim et Me Kamphet ont mentionné un interdit, pour les femmes enceintes, de manger en s'asseyant sur les escaliers, ce qui pourrait mener à un accouchement difficile. Or selon Strigler (2011, p. 149), pendant les grossesses, un certain nombre d'interdits « traditionnels » sont liés à la notion de « rester » qui évoquerait symboliquement l'obstacle à la délivrance. Ainsi, un certain nombre de pratiques alimentaires pendant la grossesse ont pour but de « faciliter » l'accouchement, d'où l'évitement des aliments sucrés, gras ou gluants qui pourraient faire grossir le bébé et mener à un accouchement difficile. Ces pratiques alimentaires sont présentées comme des interdits par les femmes plus âgées, et des préférences par les plus jeunes. Elles relèvent néanmoins des représentations du savoir thérapeutique « traditionnel », et sont entremêlées dans les discours aux pratiques de gestion de la grossesse issues du savoir médical (bien se reposer, manger les cinq groupes d'aliments, manger régulièrement, suivre

les conseils du médecin etc.). Ces différents systèmes de représentations semblent d'ailleurs parfois contradictoires. Là où les jeunes femmes disent qu'il faut se reposer pendant la grossesse pour éviter une ouverture précoce de l'utérus, elles travaillent presque toutes jusqu'au terme de la grossesse. Or des femmes plus âgées ont évoqué le fait que le travail physique facilite l'accouchement : « On a travaillé jusqu'à l'accouchement. Il faut travailler beaucoup pour faciliter l'accouchement. Il ne faut pas trop dormir. »²⁰⁸ (Tim, 66 ans et Kamphet, 56 ans). On peut penser que ces conceptions, bien que contraires aux prescriptions de la médecine « moderne », soient en partie présentes dans les pratiques des femmes qui, si elles évitent les travaux physiques, ne s'arrêtent pas de travailler avant l'accouchement.

Ainsi, les pratiques populaires sont issues de ce mélange d'éléments provenant de divers systèmes de représentations collectives dont chaque acteur hérite selon ce qu'on lui a transmis, son éducation, son milieu social, son lieu de résidence etc. De ces éléments transmis et appris les acteurs forment leur propre système de représentation qui est lui-même en interaction avec ceux des membres de l'entourage, avec le système de représentation officiel (celui du Parti ici). De ces interactions de systèmes de représentations émergent des pratiques populaires qui sont mises en œuvre par les acteurs pour gérer les situations particulières telles que la procréation.

II.4.1.2 Questions de genre : les signes associés au sexe de l'enfant (rôles sociaux)

Il s'agit ici de proposer une réflexion concernant les représentations populaires qui s'expriment dans la détermination du sexe de l'enfant.

Les entretiens ont montré qu'au cours de la grossesse, un certain nombre de signes sont interprétés comme étant liés au genre de l'enfant. Ces signes concernent les envies alimentaires, les rêves, la forme du ventre de la mère et les envies alimentaires pendant la grossesse. Ils relèvent de l'observation empirique, des représentations liées aux rôles sociaux et genrés, et mêlent conceptions médicales et traditionnelles dans un ensemble de représentations populaires.

Dans le tableau récapitulatif ci-dessous, on voit que concernant l'état de santé, aux garçons sont attribués force et puissance, qui s'expriment par plus de douleur, un accouchement plus long. Pour les filles, c'est moins douloureux, plus léger. Les rêves évoqués mettent en avant

²⁰⁸ Entretien n°5, 06-03-13, chez Me Kamphet.

des objets qui sont associés aux rôles sociaux hommes/femme : la montre, attribut de pouvoir ; la ceinture, les fleurs, les colliers comme attribut de beauté féminine, de coquetterie.

Fig. 8 : Tableau récapitulatif des signes évoqués pendant les entretiens et attribués au sexe de l'enfant pendant la grossesse.

	Garçon	Fille
État général	-mal au cœur, la grossesse a duré longtemps (1) ²⁰⁹ -c'était lourd et l'accouchement était plus long ; très mal (pendant l'accouchement) ; mal aux côtes pendant l'accouchement ; le visage est triste. (5)	-gorge chaude (1) -le visage est vif (pas de boutons) (5) -juste un peu mal et c'était plus léger (5)
Envies alimentaires	- poulet (2) -« envie de fumer et manger comme les garçons » (5 : Tim) -envie de fumer ; « je pouvais tout manger » (5 : Kamphet) - envie de <i>laap</i> ²¹⁰ , « Parce que pour le garçon j'aimais bien la viande » (7) - « j'avais envie de fumer, de boire de l'alcool, les actions des hommes » (21) -je préférais manger sucré (23)	-aliments acides, de la soupe de légume fade et du riz avec l'eau (2) - envie de manger du dessert et des choses acides (5 : Tim) -pas envie de manger de viande ; envie de manger du poulet, du poisson (5 : Kamphet) -envie de manger des légumes et des aliments acides (7) -pas envie de riz, envie de manger des crabes, des fruits (21) - je préférais manger acide (23)
Rêve	-« Si dans le rêve on gagne une montre ça veut dire que c'est un garçon ». (5 : Kamphet)	-« Pour la fille, on rêve qu'on gagne des fleurs, des colliers ou une ceinture lao » (5 : Kamphet)
Forme du ventre	-« Si le ventre est petit et un peu pointu c'est un garçon » ; pour le garçon c'est lourd (5 : Tim) -la garçon bouge à droite (5 : Kamphet)	-« Si le ventre est rond alors c'est une fille » , pour la fille c'est léger (5 : Tim) -la fille bouge à gauche (5 : Kamphet) -« le ventre est très grand et on ne peut pas voir ses pieds » (13)

Pour la forme du ventre, le rond est associé aux filles, le pointu aux garçons. Enfin, concernant les envies alimentaires, deux éléments sont déterminants. Aux garçons sont attribuées les envies de viande, donc d'aliments chauds, qui renvoient à l'énergie, à la puissance masculine. Aux filles sont associées les envies d'aliments acides, de fruits et de légumes, d'aliments fades, c'est-à-dire d'aliments froids, moins puissants, correspondants au statut de la femme qui ne doit pas être « chaude ». Enfin, être enceinte d'un garçon donne des envies de boire de l'alcool et de fumer, actions qui dans la société lao sont associées aux hommes et mal vues pour les femmes. Ainsi les rôles sociaux et genres du masculin et du féminin semblent mis en place au niveau même de la grossesse, et s'appuient sur une série d'oppositions binaires dans lesquelles s'inscrivent la supériorité du masculin sur le féminin

²⁰⁹ Les numéros (-) renvoient au numéro de l'entretien.

²¹⁰ Le *laap* est une salade de viande crue.

(puissance, force, chaud, pointu, lourd, droite/ douceur, faiblesse, froid, rond, léger, gauche etc.). En effet, selon F. Héritier « le classement dichotomique valorisé des aptitudes, comportements, qualités selon les sexes, que l'on trouve dans toute société, renvoie à un langage en catégories dualistes plus amples dont l'expérience ethnologique démontre l'existence : des correspondances s'établissent, qui peuvent d'ailleurs varier selon les sociétés sans que cela nuise à la cohérence interne générale d'un langage particulier entre les rapports mâle/femelle, droite/gauche, haut/bas, chaud/froid » (Héritier, 1996, pp. 69–70). Ainsi, l'évocation des signes attribués au genre de l'enfant témoigne de la façon dont la « valence différentielle des sexes » (1996, p. 15) et les rôles sociaux qui y sont attribués sont contenus dans les représentations populaires et sont transmis entre les générations, se mêlant à d'autres systèmes de représentations comme celui du savoir de la médecine « moderne » (les échographies et la connaissance du sexe de l'enfant n'empêchent pas l'évocation de ces signes), et participant de la reproduction de l'ordre social.

II.4.2 Accouchement à domicile

La pratique de l'accouchement à domicile reste courante au Laos. En 2005, une étude de la santé de la reproduction (« Lao reproductive health survey ») montre que parmi les enfants nés les cinq années précédentes, 85% d'entre eux sont nés à domicile, alors que 51, 2 % des femmes vivant en zones urbaines accouchent dans les structures de santé (Sychareun et al., 2012, p. 2). En effet, nous avons vu dans les entretiens que les accouchements à domicile sont plus souvent évoqués par des femmes de plus de 45 ans, d'un milieu paysan et aux revenus faibles. Les femmes plus jeunes ont moins tendance à accoucher à domicile, et celles qui le font habitent en périphérie des zones urbaines, et se font assister par du personnel des structures de santé (sage-femme, médecin etc.). Nous avons aussi vu que les raisons évoquées pour accoucher à domicile étaient le manque d'accès à l'hôpital, la « timidité » face aux médecins et le fait de considérer l'accouchement comme quelque chose de normal, qui se fait à la maison. En effet, selon Pottier, « l'accouchement restait encore au Laos, il y a une génération, principalement une affaire "de femmes" », dont la grande majorité accouchait à domicile, avec l'aide d'une matrone, de leur mère, et parfois de leur mari (2007, p. 126). De plus, « la grossesse et l'accouchement n'étaient pas considérés comme des problèmes médicaux » (*Ibid.*). Cette génération correspond aux femmes de plus de 45 ans de notre enquête, dont plusieurs nous ont dit que l'accouchement c'était normal : « je n'avais pas de problèmes de santé je pouvais accoucher à la maison./.../ J'avais mal ou ventre pendant deux

ou trois heures et j'accouchais sans aller voir le médecin, c'était facile je n'avais pas envie d'aller à l'hôpital » (Chanhsi, 69 ans). Accoucher pour ces femmes était avant tout une pratique domestique et populaire, où pouvaient intervenir une matrone (désignée dans les entretiens comme *moh tam yae*), la mère ou le mari. Les descriptions qui m'ont été faites de ces accouchements définissent le rôle de chacun. Lorsque la femme accouche avec le mari, ce dernier doit la soutenir en se plaçant derrière elle.

« Pour accoucher il fallait attacher un tissu au plafond. Je m'asseyais à genoux et je m'accrochais au tissu. Mon mari se plaçait derrière moi et me soutenait les bras. Quand le bébé sortait on coupait le cordon et on le lavait. Ensuite on faisait *yu kam*. » (Kamphet, 56 ans).

Le savoir des techniques d'accouchement semble transmis par l'observation, les filles ayant vu faire leur mère, ayant entendu parler la famille. Lorsqu'intervient une matrone ou une femme âgée du village, cette dernière fait des massages ventraux à la femme en couche, et n'intervient que lorsque l'enfant commence à sortir, puis coupe le cordon. Il en va de même pour la mère. Ainsi, l'accouchement à domicile est avant tout l'affaire de la femme qui accouche : « S'il y a une femme qui a mal au ventre dans la route, elle va accoucher et moi je coupe le cordon pour elle. Les hommes soulèvent seulement les femmes mais n'aident pas à accoucher. » (Somphane, matrone, 52 ans)

Mais pour les femmes de Vientiane de la génération suivante, l'accouchement à domicile est souvent considéré comme risqué et ne se fait que si la femme n'a pas le choix. Les trois informatrices de l'enquête de moins de 45 ans ayant accouché à domicile l'ont fait parce qu'elles n'ont pas eu le temps d'aller à l'hôpital, ou parce qu'elles résident loin de la ville. Ainsi, si l'accouchement à domicile se pratique encore et s'il y a toujours des matrones dans les villages, telle que Somphane que j'ai évoquée précédemment, il semble que l'accouchement ne soit plus directement associé au risque, probablement du fait des campagnes de prévention de la mortalité maternelle et infantile. C'est ce que Somphane exprime dans son discours, qui mêle le point de vue de l'accoucheuse et de la volontaire à la prévention de la santé de la mère :

« Dans certains cas le bébé est sorti par les bras ou bien par les pieds il faut l'emmener à l'hôpital parce que c'est dangereux. Si le bébé sort par la tête et que la mère a de la force, elle peut accoucher et si le placenta ne sort pas tout il faut l'emmener à l'hôpital aussi. » (Somphane, 52 ans).

Il semble ainsi que même dans le cadre populaire, on assiste à une forme de médicalisation de l'accouchement rendue nécessaire par le souci de réduction de la mortalité maternelle. Ce n'est pas le propos ici, mais il serait intéressant de voir si cette médicalisation s'accompagne d'une réduction significative de la mortalité.

Enfin, les pratiques de gestion populaires et domestiques de la procréation les plus évoquées par les informateurs au cours des entretiens sont celles du postpartum, qui semble être le cadre d'expression principal des représentations et pratiques populaires syncrétiques évoquées précédemment. Ces pratiques, de par la place qu'elles occupent dans les discours, les fonctions et usages qui leur sont associés et l'analyse que l'on peut en faire méritent que l'on s'y arrête particulièrement.

III. Cas d'étude : *yu kam* et le postpartum

Il s'agit à présent de s'attarder sur la période de *yu kam* et les pratiques qui l'entourent. Après avoir défini les contours de la pratique générique du « grillage », je me pencherai sur le cas de *yu kam* et des interdits alimentaires qui y sont attachés, à travers les données recueillies au cours de l'enquête. Je terminerai par une réflexion sur les fonctions et usages de *yu kam* et le statut particulier de cette pratique.

III.1 Qu'est-ce que *yu kam* ?

III.1.1 Une pratique générique, le « grillage »

C'est au cours de mes premières recherches de terrain en anthropologie, au Cambodge, que j'ai été amenée à me pencher sur les pratiques liées au postpartum. En effet, je travaillais alors sur les pratiques et représentations autour de la douleur chronique, et certaines femmes sur le terrain liaient leurs douleurs au fait de n'avoir pas pu rester auprès du feu après

l'accouchement. J'ai donc effectué une enquête exploratoire et découvert la pratique du *ung plung*, qui consiste, pour l'accouchée, à rester allongé au-dessus d'un feu pendant 3 ou 7 jours. Selon Choulean, c'est le *kru*²¹¹ qui allume le feu sous la couche de l'accouchée et qui devra l'éteindre au bout de 3 ou 7 jours d'exposition à la chaleur ininterrompue. Le feu ne doit jamais s'éteindre (Chouléan, 1986, p. 131). Selon les informatrices au Cambodge, cette pratique visait à réparer les veines, à les faire vieillir, les « cuire » parce que l'accouchement les rendait immatures. De plus, le *ung plung* devait redonner de la force, de la chaleur, aux femmes qui avaient perdu beaucoup de sang pendant l'accouchement. En plus du feu, les femmes devaient porter des vêtements chauds (gants, bonnets etc.). Selon Choulean, cette pratique est un « mode de cuisson dans les deux sens, propre et figuré du terme, qui aide la femme "aux vaisseaux immatures" à retrouver bientôt la "solidité de ses membres" » (Chouléan, 1986, p. 102). Cependant, la plupart des informatrices au Cambodge me disaient que cette pratique ne se faisait plus, que seules les vieilles femmes l'avaient faite. J'appris par la suite que de nombreuses ONG au Cambodge avaient lancé des campagnes dans le but de combattre cette pratique, jugée dangereuse pour la mère et l'enfant exposés à une grande chaleur. Les femmes n'osaient alors plus faire le *ung plung* ou dire qu'elles l'avaient fait, car cette pratique avait été dévalorisée, considérée comme « arriérée » face au développement de la médecine « moderne ». Il est d'ailleurs intéressant de noter que si les femmes ne pratiquaient presque plus le « grillage », elles avaient transposé ses fonctions aux injections après l'accouchement. Considérées comme un médicament « chaud », les injections étaient sensées redonner de la force, cuire et réparer les veines etc. Les représentations liées au *ung plung* avaient donc été transposées sur une pratique de la médecine « occidentale », et, sous une autre forme, étaient réactualisées.

Ainsi, lors du début de mon enquête au Laos, je rencontrais la pratique de *yu kam*, qui semblait reposer sur les mêmes principes que le grillage au Cambodge, mais qui était bien plus pratiquée, pendant plus longtemps et plus mise en avant à travers les discours. De plus, les Lao ne sont pas les seuls à pratiquer le grillage au Laos, puisque les Hmong, les Khmu, les Akha et d'autres « groupes »²¹² socio-culturels le pratiquent, avec des modalités différentes (durée du séjour au feu, positionnement au-dessus ou à côté du feu etc.) (Daviau, 2003, p. 48). En effet, il semble que le grillage soit une pratique du postpartum commune à plusieurs pays de l'Asie du Sud-Est, et que l'on retrouverait même dans d'autres endroits du monde.

²¹¹ Le *kru* au Cambodge est l'équivalent du *moh* au Laos.

²¹² Je ne reviendrai pas ici sur les critiques anthropologiques à apporter à la détermination de « groupes » censés être homogènes, lorsque la réalité est plus complexe. À ce propos pour le Laos, cf. (Daviau, 2003, pp. 15–16).

Concernant l'Asie du Sud-Est, Zago nous dit que « les ressemblances des rites de la naissance entre les trois civilisations de l'ex-Indochine française, c'est-à-dire vietnamienne, cambodgienne et laotienne, sont dues au fait qu'elles ont conservé les vieux rites austro-asiatiques /.../ : l'ensevelissement du placenta, la présentation de l'accouchée au feu, la remise de dons à l'accoucheuse qui s'est exposée au péril du sang ». C'est aussi sur cet héritage austro-asiatique que repose le culte des génies, que l'on retrouve au Cambodge et au Laos. Le fait que la pratique du grillage de l'accouchée se retrouve dans plusieurs pays est aussi souligné par Lévi-Strauss, qui mentionne la Malaisie, le Siam et plusieurs régions d'Indonésie (2009, p. 341). Ensuite, Héritier mentionne cette pratique, mais dans le cadre de considérations sur les Samo du Burkina Faso : « la grossesse /.../ est une énorme et brutale déperdition de chaleur. Après la naissance, on s'efforce artificiellement d'en rendre quelque peu à la mère en la maintenant en permanence auprès d'un feu allumé dans sa chambre, cela pendant dix jours, et en lui faisant prendre plusieurs fois par jour, pendant cette même période, des bains très chauds » (Héritier, 1996, p. 43). Cette description est très proche de celle que l'on peut faire pour le Laos. Ainsi, cette pratique que l'on retrouve dans des cadres éloignés de l'Asie du Sud-Est, fait partie des « invariants » de la logique classificatoire qui repose sur les oppositions binaires chaud/froid, sec/humide, homme/femme, et qui régissent les conceptions physiologiques et le système de représentation de la plupart des sociétés (Héritier, 1996, 2003).

III.1.2 Questions de vocabulaire

J'ai décrit les contours de *yu kam* lors de la présentation des données, et j'ai évoqué le fait que cette pratique avait plusieurs appellations au Laos. J'ai rencontré les termes de *yu kam*, *yu fai*, *nang kam* et *nang fai*. Je m'arrêterai ici sur les deux termes les plus utilisés, *yu kam* et *yu fai*.

Yu fai peut se traduire par « être au feu – rester au feu » (Condominas, 1968, p. 115). Cependant, le terme *yu kam* est plus délicat à traduire. Littéralement, cela signifie « être – rester dans le karma ». *Yu kam*, plus qu'une pratique, est un état dans lequel se trouve la femme après l'accouchement. On trouve aussi la traduction « to be in pain », « être dans la souffrance » (Escoffier-Fauveau, Souphanthong, & Pholsena, 1994), et « living in karma » (Daviau, 2003, p. 45). L'utilisation du terme *kam* peut être reliée au fait que cette pratique a lieu juste après la naissance du nouveau-né, et le concerne autant que la mère. Pottier traduit

le terme *kam* (en pali *kamma*, en sanskrit *karma*) par « l'acte », ce qui renvoie à la somme des actions commises par un individu, qui lui rapporteront des mérites et démérites. Nous l'avons vu, dans la conception bouddhiste, lorsqu'un nouveau-né vient au monde, il retrouve son *karma* et doit l'« user » jusqu'à sa mort, qui arrive le jour où l'être n'a plus de *kam*. Après sa mort, le *karma* déterminera sa renaissance. *Yu kam* pourrait alors être le moment où le nouveau-né « reste dans son *kam* », rencontre son *kam*. Et comme le *kam* est souffrance, il s'agit donc « d'être dans la souffrance ». Au cours d'un entretien, une informatrice m'a dit que « notre mère a accouché dans la douleur donc il faut la rendre en faisant de bonnes choses, comme des offrandes »²¹³ (Chanty 48 ans). Ainsi, enfanté dans la souffrance le nouvel être est tributaire du *kam*. On peut se demander si ce ne serait pas là une des interprétations du feu comme purificateur. De plus, selon Zago, lorsque que l'enfant naît la maison devient *kam* pour les étrangers, au sens d'interdite (1972, p. 213). Rester dans le *kam* peut alors signifier rester dans la maison qui est *kam*. Quoi qu'il en soit, il faut retenir que les représentations bouddhistes sont venues entourer cette pratique issue de la religion populaire lao et du substrat austro-asiatique pré-bouddhique. « Être au feu » devient alors « être dans la souffrance » et la pratique elle-même est en partie réinterprétée à l'aune des représentations bouddhistes de la conception, de la naissance et du destin. Pour terminer sur ces considérations, il faut mentionner la pratique de *yu kam yen*, « *yu kam* froid », qui désigne le fait de faire cette pratique sans le feu, c'est-à-dire en respectant des interdits alimentaires (parfois même plus sévères) et en buvant de l'eau chaude et des infusions. Récemment cette « version » froide se développe dans le cadre des accouchements par césarienne et des conseils des médecins qui contre-indiquent le feu pour la cicatrice.

III.2 Description de la pratique de *yu kam*

III.2.1 *Yu kam* dans la littérature sur le Laos

Zago désigne *yu kam* comme « la garde auprès du feu » (1972, p. 214). Selon sa description, le feu doit bruler tant que dure le séjour. Un chaudron est installé pour les infusions que boira la mère. L'accouchée, après s'être lavée d'eau salée, s'allonge sur un lit, et le bébé est déposé à côté. Le feu, la mère et le bébé sont protégés par un filet de pêche ou une moustiquaire. On accroche ou peint un épouvantail pour chasser les mauvais *phi*. Il

²¹³ Entretien n°21, 15-03-13, WSM.

compare ce séjour au feu à une « réclusion » (1972, p. 215), pendant laquelle ses amis viennent la voir. La mère doit se baigner dans de l'eau chaude et boire des décoctions. La sortie de *yu kam* s'appelle *ok kam*, ou *ok fai* (« sortir du kam, sortir du feu »), et consiste en une cérémonie d'invitation des âmes de la mère et du nouveau-né (*sou khuan*), menée par un *moh phon* (« spécialiste des bénédictions »). Enfin, il précise que les rites de la naissance « n'ont rien à faire avec la pagode et les bonzes » (1972, p. 217). Pour Pottier, le but de « l'exposition au feu » (2007, p. 127) est selon les interprétations, soit de chasser « le mauvais sang » et les « mauvaises humeurs », soit de rendre à la femme la chaleur qu'elle a perdu en accouchant, c'est-à-dire, selon lui, le sang (*Ibid.*). En effet, la perte du sang rend la femme vulnérable, et notamment aux esprits malveillants tels que *phi phay*, qui rêve de dévorer la mère et l'enfant. Ainsi le premier soir de *yu kam* la mère et l'enfant sont entourés par la famille et les amis qui font la fête tard dans la nuit, et pendant la durée du séjour, le feu ne doit pas s'éteindre et au moins un des parents doit rester éveillé (Daviau, 2003, p. 46).

III.2.2 *Yu kam à Vientiane*

À travers l'enquête, j'ai pu voir que toutes les informatrices étaient restées auprès du feu, ou prévoyaient de le faire. De plus, les quelques hommes interrogés ont montré qu'ils connaissaient aussi les détails des pratiques qui entourent *yu kam*. Ainsi, tout le monde le fait ou en parle, et les données récoltées sur *yu kam* sont les plus fournies. De plus, c'est dans le cadre des discours sur ces pratiques que les acteurs ont le plus facilement mentionné leurs recours aux médicaments traditionnels, ou évoqué les *phi*. En effet, mis à part dans le cadre du culte de Me Si Meuang, c'est seulement à propos de *yu kam* que l'on m'a parlé des *phi*. Il faut d'ailleurs noter que seules des femmes de plus de 50 ans m'en ont parlé.

« Par exemple les anciens nous conseillent de mettre un couteau sous l'oreiller pour éviter les génies. Et il ne faut pas que le feu s'éteigne parce que sinon *phi phai* vient boire le sang. Et on boit de l'eau chaude pour faire sortir le sang. Le premier jour de *yu kam* le sang sort beaucoup. Sous l'endroit où on se lave on met des herbes pour absorber le sang qui coule sinon le sang reste et ça attire *phi phai*. »²¹⁴ (Sitthasavanh, 56 ans)

Je ne referai pas ici la description type que m'ont donnée les informateurs de *yu kam*²¹⁵. Leurs descriptions recoupées correspondent dans les grandes lignes à celle qui est trouvée dans la littérature avec quelques éléments en moins. De plus, certaines évolutions des pratiques

²¹⁴ Entretien n°13, 12-03-13, chez Me Sitthasavanh.

²¹⁵ Cf. Chapitre 3, I.5 « Le postpartum ».

apparaissent, telles que le *yu kam yen* pour les femmes ayant accouché par césarienne, ou le fait de retarder le début de *yu kam* pour les femmes qui accouchent à l'hôpital. Cependant, malgré ces évolutions des pratiques, *yu kam* reste très suivi par les femmes de l'enquête et les femmes de Vientiane (Simmala et al., 2006).

Mais ce dont les informateurs nous ont le plus parlé, c'est de la prise de médicaments traditionnels et des interdits alimentaires liés à la période de *yu kam*. Nous avons évoqué la prise de médicaments traditionnels pendant cette période qui a pour but de « sécher » l'utérus, d'avoir du lait, de « réparer les organes ». Les interdits alimentaires quant à eux sont plus ou moins stricts selon les familles, mais ils semblent aussi très suivis. Ils inquiètent d'ailleurs les observateurs de santé publique, car ils seraient à l'origine de carences chez la mère et l'enfant. Ainsi, ces pratiques alimentaires font l'objet de campagnes de prévention depuis 1993 pour sensibiliser la population. Pourtant, ces pratiques se perpétuent, même si les femmes âgées remarquent qu'elles sont moins suivies qu'autrefois.

Ainsi, pendant les premiers jours la femme n'est censée manger que du riz et du sel. Petit à petit, son alimentation s'élargit, mais elle doit respecter de nombreux interdits, et ce pendant un à trois mois. Les éléments conseillés sont souvent « chauds », car la femme doit retrouver la chaleur perdue pendant l'accouchement et doit « sécher » (le chaud est associé au sec) son utérus, faire sortir le « mauvais sang » (Strigler, 2011, pp. 149–150).

Fig. 9 : Liste des aliments autorisés et interdit pendant *yu kam*, mentionnés dans les entretiens²¹⁶ :

Aliments autorisés	Poulet, poisson, porc, bœuf noir (<i>khuay dam</i>), sel, poulet noir, poisson, poulet que l'on élève soi-même, poulet, viande, porc élevé naturellement, poulet élevé au grain.
Aliments interdits	les aliments qui sentent mauvais, œuf de canard, haricots verts, escargots, canard, bœuf rouge (<i>khuay daun</i>), poisson, crevette, vaches, bœuf rouge, bœuf rouge, poulet rouge, champignon, animaux sauvages, canard, bœuf rouge, certains poissons, végétaux, porc sauvage, poulet en batterie, liserons d'eau, aliments gras, <i>padek</i> ²¹⁷

Dans cette liste, faite à partir des discours des acteurs, on peut voir que certains aliments sont classés dans les deux catégories. En effet, les informateurs savent que selon les régions, les prescriptions et proscriptions ne sont pas les mêmes. Nous ne nous attacherons pas à les analyser en détail car ils relèvent d'un ensemble de représentations populaires mêlées

²¹⁶ Les répétitions des mêmes aliments correspondent aux différentes occurrences des aliments cités par les informateurs.

²¹⁷ Condiment à base de poisson fermenté.

aujourd'hui à de nouveaux systèmes de représentations (médecine « moderne » etc.). Cette liste a surtout pour objectif de montrer l'étendue des aliments à éviter.

Ainsi, de nombreux aliments peuvent être dangereux pour la mère et le bébé (par l'intermédiaire de l'allaitement). En effet, une des raisons pour lesquelles ces interdits alimentaire sont respectés, c'est la menace de *phid kam* (litt. « faux *kam* »). C'est un état dans lequel se retrouve une femme qui ne respecte pas les interdits alimentaires pendant la période de *yu kam*. État symbolique ou catégorie nosologique, *phid kam* est décrit comme une maladie mortelle aux symptômes divers, qui se soigne avec des médicaments traditionnels (parce qu'avant, il n'y avait pas d'hôpital) et maintenant à l'hôpital. Presque tous les informateurs ont répondu que si l'on mangeait les aliments interdits, on allait être malade et avoir *phid kam*. De plus, la plupart s'accordent pour dire que l'on peut aussi être *phid kam* avec des odeurs. Mais seulement trois femmes m'ont dit avoir elles-mêmes été *phid kam*.

« Si on n'évite pas les aliments on peut être *phid kam* et on n'a pas de lait pour notre enfant. Si on est *phid kam* on est fatigué, mince. Pour certaines personnes qui ont *phid kam*, leur menton ne peut pas bouger et on peut mourir. *Phid kam* c'est très grave. » (Wane, 53 ans)

« Est-ce que *phid kam* est une maladie ? »

Oui, c'est la maladie d'une femme qui vient d'accoucher. À cause du nouvel accouchement, elle n'a pas de force et si elle mange des choses étranges elle peut être *phid kam*. Par ailleurs, le système du corps des femmes change avec l'accouchement si elles mangent n'importe quoi elles peuvent être *phid kam*. Quand on ne peut pas rester *yu kam* c'est très grave et quand on peut rester *yu kam* on a la bonne santé et on peut manger et c'est rare d'être *phid kam*. » (Moine)

« Si on mange ce qu'on ne doit pas manger ça fait quoi ? »

On va tomber malade, avoir mal la tête, au ventre, à l'utérus et on ne peut pas guérir. » (Lom, 30 ans)

« Si on en mange on risque d'être mal. Certaines personnes peuvent mourir. Parce que j'ai vu beaucoup de personnes qui n'ont pas pu éviter de manger des aliments interdits et elles sont mortes. /.../ Quand on est *phid kam* on est souvent malade. Si on ne meurt pas on est malade. /.../ On est fatigué, on ne peut pas travailler. /.../ Si on n'a pas les médicaments (*ya:*) pour être soigné, ça peut durer toute la vie. On est toujours malade, jusqu'à ce que l'enfant ait grandi et on peut mourir. /.../ En général *phid kam* ça se soigne avec des médicaments traditionnels. » (Me Tim, 66 ans)

« Quand on est *phid kam*: on a des vertiges et le menton ne peut pas bouger. Alors il faut manger prendre des médicaments traditionnels. On peut être *phid kam* avec les odeurs aussi.

/.../ A l'hôpital selon la science, les médecins disent que ces femmes ont de la tension. /.../ Je ne crois pas les médecins. Je pense que c'est *phid kam* parce qu'on mange beaucoup de choses mais on n'a rien et quand il y a l'odeur on ne sent pas bien, donc c'est *phid kam*. » (Somphane)

« J'ai évité beaucoup de choses et j'ai choisi les aliments parce que je suis une femme. Si on a *phid kam* ça veut dire qu'on est une mauvaise femme. Et quand on reste *yu kam*, c'est-à-dire vraiment *yu kam*, il faut interdire de manger n'importe quoi. /.../ Si on a *phid kam* on est malade, mince, et toujours fatigué. /.../ On peut mourir, si c'est *phid kam* on peut être choqué, être malade, mince et fatigué. /.../ Je n'ai jamais eu parce que je suis restée *yu kam* et quand je suis sorti de *yu kam* j'ai toujours bu de l'eau chaude des racines parce que j'ai peur de *phid kam* car l'hôpital est loin de chez moi et j'écoute les vieux, s'ils ont dit de ne pas manger, je ne mange pas, ce n'est pas pareil comme les femmes maintenant. » (Dara, 43 ans)

Ce qui ressort ici, c'est l'efficacité symbolique de *phid kam* qui est considéré comme un danger mortel par la plupart des informateurs. Il est intéressant de noter cependant une certaine évolution dans les discours et les pratiques. En effet, les femmes âgées notent que les jeunes ne respectent plus les interdits.

« Ce n'est pas comme aujourd'hui les femmes mangent tout, mais moi je mangeais seulement du sel et les légumes. » (Me Chanhsi, 69 ans)

« Avant tous les Lao devaient éviter les aliments pendant *yu kam*. Mais maintenant, les gens mangent tout. » (Me Tim, 66 ans)

« Et maintenant les femmes n'ont plus peur de *phid kam* ?

- Elles n'ont pas peur parce qu'il y a les hôpitaux, les médicaments et les médecins. Avant les médecins étaient loin et on écoutait les parents mais aujourd'hui les médecins n'interdisent pas de manger et ils conseillent de tout manger alors elles mangent de tout et il n'y a pas de problème. » (Me Sitthasavanh, 56 ans)

En effet, ce sont des femmes plus jeunes qui expriment des réticences par rapport à ces restrictions alimentaires. Mais ce sont aussi celles qui ont le mieux intériorisé les campagnes de prévention contre les interdits alimentaires pendant *yu kam*, et qui ont un rapport aux systèmes de santé de la médecine « moderne » différent de leurs aînées.

« Oui parce que les vieux ont peur de *phid kam*. /.../ Par exemple les vieux disent qu'on ne peut pas manger la viande de bœuf rouge. Mais aujourd'hui notre société est déjà développée et les médecins conseillent de tout manger, comme de la viande, du poulet... pour avoir de la force. C'est parce que les vieilles et les vieux ont toujours interdit de manger que les femmes qui faisaient *yu kham* n'avaient pas assez de force. Par exemple, avant il y a des femmes qui mourraient après l'accouchement. Mais à Vientiane il faut éviter de manger parce que les

aliments ont beaucoup de substances chimiques. Il faut bien choisir les aliments comme les légumes. Pendant *yu kam* il faut boire de la soupe pour avoir du lait. » (Chone36 ans)

Ainsi, dans une étude de 2005 il était montré que les femmes de 25 à 34 ans étaient celle qui respectaient le moins ces interdits (alors que les plus jeunes, soumises à l'autorité familiale, les respectaient plus) : « On peut l'expliquer ainsi : elles sont suffisamment âgées pour avoir acquis une certaine indépendance vis-à-vis de leurs parents et suffisamment jeunes pour être perméables à la modernisation de la société » (Simmala et al., 2006, p. 358). En effet, elles ont intériorisé le discours de santé officiel et les modèles occidentaux. Cependant, le discours de Chone montre aussi qu'elle continue à éviter des aliments (même si la justification est différente), qu'elle connaît le principe de *phid kam*, et qu'elle ne remet pas en question *yu kam*.

Ainsi, *yu kam* est une pratique qui évolue et s'adapte au contexte moderne de Vientiane, mais qui reste très largement répandue, malgré l'évolution du rapport au système de représentations « modernes » de la santé. Il est intéressant de noter à ce propos qu'une étude montre que les femmes les plus éduquées à Vientiane seraient celles qui resteraient le plus longtemps auprès du feu (Simmala et al., 2006, p. 358).

Dans les entretiens, *yu kam* apparaît comme la période la plus évoquée et la plus partagée de gestion populaire et domestique de la procréation. Pour comprendre ce phénomène, il est nécessaire de s'interroger sur les usages et fonctions de *yu kam*.

III.3 Fonctions et usages de *yu kam* : des discours à l'analyse

Je vais ici tâcher d'explorer les différents usages et fonctions de *yu kam*, tels qu'ils sont présentés par les informateurs, et tels qu'on peut les analyser. Pascal Brun²¹⁸, lui, détermine trois fonctions principales de la pratique de *yu kam* : les fonctions curative, préventive et intégrative. La fonction curative (qui correspond aux fonctions physiologiques ici) touche à la restauration de l'équilibre des éléments dans le corps, à la récupération de la chaleur et de la force de la femme etc. La fonction préventive a pour but de protéger la femme de désordres et maladies futures, car *yu kam* active le souffle interne dans le corps et chasse le mauvais sang (*leuat kam*). De plus, *yu kam* protège contre les mauvais génies. Enfin, la fonction intégrative

²¹⁸ Pascal Brun, *Représentations, rites et pratiques actuelles du post-partum au Laos*, Faculté d'Ethnologie et d'Anthropologie, Université de Lyon II, juin 2001.

Je n'ai pas pu accéder à cette référence, ici cité dans (Daviau, 2003, p. 47).

(ici traitée dans les « usages sociaux ») renvoie à l'intégration de l'individu dans la communauté, à travers son respect des « traditions » et son obéissance aux prescriptions des parents, transmises par les anciens. Sans remettre en cause cette analyse, j'organiserai mon propos de façon différente, afin d'aborder les interprétations de *yu kam* à travers divers degrés de lecture.

III.3.1 Fonctions physiologiques

Les fonctions physiologiques de *yu kam* énoncées par les informateurs sont variées et diffèrent selon l'âge des interlocuteurs, ce qui dénote des évolutions de la pratique et des systèmes de représentations qui la sous-tendent. Voici les fonctions les plus évoquées de l'ensemble des pratiques rattachées à *yu kam* (le feu, boire chaud, se baigner chaud, prendre des médicaments traditionnels et respecter les interdits alimentaires).

Elles touchent tout d'abord à la restauration de l'équilibre et à la « réparation » interne :

- pour que le sang circule (Vieng, 28 ans)
- pour que l'utérus retrouve son état initial, se répare (*motluk kao ouh*) (*idem*)
- pour retrouver la bonne santé parce qu'on a perdu beaucoup de sang (*idem*)
- pour faire sortir le sang (Me tim, 66 ans)
- pour avoir du lait pour allaiter (Me Kamphet, 56 ans)
- pour réparer les organes (Chone, 36 ans)
- pour que les blessures internes guérissent (Sathy, 19 ans)
- pour retrouver l'appétit (Phone, 28 ans)
- pour sécher et sortir le mauvais sang (Khoud, 33 ans)
- pour rétablir l'équilibre du système interne

« Les femmes restent *yu kam* parce qu'après l'accouchement le système de notre corps a changé. Le sexe féminin n'est pas le même, on *nang fai* pour que le sexe féminin soit naturel comme avant si on ne reste pas *yu kam*, il y a la mauvaise odeur et notre santé n'est pas bonne. »
(Moine)

Ainsi, si le système de représentations physiologiques n'est détaillé par aucun des acteurs, la plupart de leurs explications se basent sur la restauration du système à l'aide du feu, donc du chaud qui sèche et fait circuler le sang afin de « purger » le corps de la femme du sang

mauvais et de restaurer son équilibre physiologique, tout en lui donnant la force nécessaire pour avoir du lait et allaiter.

Les fonctions de *yu kam* relèvent aussi de la prévention pour le futur, en terme physiologique :

- pour avoir une bonne santé dans le futur et pouvoir allaiter son enfant, pour la bonne santé de la mère et de l'enfant (Chanhsi, 69 ans)

- pour éviter d'avoir des douleurs à la tête et au corps dans le futur (Somphane, 52 ans)

- pour éviter d'avoir *phid kam*.

Cette fonction préventive s'applique aussi à l'aspect esthétique :

- pour dégonfler le ventre et avoir un ventre plat (Kinsavan, 43 ans)

- pour moins vieillir (Khoud, 33 ans)

- pour raffermir la peau (Kinsavan, 43 ans)

En effet, de nombreuses interlocutrices hors du cadre de l'enquête (notamment des jeunes femmes), m'ont dit que c'était grâce à *yu kam* que les femmes aux Laos avaient une belle peau, étaient minces et vieillissaient moins vite que les occidentales.

Enfin, la dernière fonction préventive, qui a été seulement évoquée par deux femmes de plus de 50 ans (ma logeuse de 60 ans et Me Sitthasavanh, 56 ans), vise à « sécher » les organes et notamment l'utérus, afin de retarder la prochaine grossesse :

« Pour moi il y a eu 2 ans entre chaque enfant, parce qu'avant on pouvait rester *yu kam* longtemps et notre utérus séchait et c'était difficile d'avoir un enfant. Mais maintenant les femmes ne peuvent pas rester *yu kam* très longtemps et elles mangent n'importe quoi donc l'utérus est humide et elles peuvent avoir un autre enfant rapidement

Yu kam c'est un moyen d'attendre un peu d'avoir un nouvel enfant ?

Yu kam c'est pour que notre utérus soit sec. Ca retarde la venue des règles, environ 1 an et 8 mois. Donc c'est difficile d'avoir un enfant. » (Sitthasavanh)

Cette fonction n'a été citée que par deux informatrices, mais elle est pourtant décrite par ailleurs (Daviau, 2003, p. 46; Escoffier-Fauveau et al., 1994). Elle semble faire partie de ces « anciens » usages de *yu kam*, davantage nécessaires avant l'accès aux méthodes de contraception « modernes ». Basée sur le système de représentation du corps, cette fonction de régulation des naissances est probablement en partie le fruit d'observations empiriques, et il est possible qu'elle ait été aux yeux des acteurs une fonction déterminante dans le passé. Il

semble maintenant que les fonctions physiologiques et esthétiques soient les plus mises en avant. La pratique de *yu kam* se transforme aussi avec la multiplication des références accessibles à Vientiane aujourd'hui. Mais il est possible que ces transformations soient inscrites dans un processus plus ancien. En effet, on peut se demander si les pratiques autour de *yu kam* n'ont pas été modifiées ou parfois interrompues les premières années de l'instauration du régime communiste, quand les exils et les emprisonnements nombreux ont pu déstabiliser les schémas domestiques, et à un moment où le Parti rejetait en bloc les « superstitions » populaires et traditionnelles, ainsi que le bouddhisme. Il a rapidement fini par intégrer le bouddhisme comme élément fondateur de la nation, car le combattre n'était pas de nature à inspirer la confiance de la population. Mais qu'en est-il des pratiques populaires telles que *yu kam* ? Il est possible que cette période dure du régime ait joué sur les modes de transmissions familiales, et que certains aspects de *yu kam* ne soient pas connus par les jeunes générations, qui en développent d'autres.

III.3.2 Fonctions symboliques et religieuses

À un second niveau de lecture, *yu kam* a des fonctions religieuses parfois évoquées, et des fonctions symboliques sous-jacentes.

Les fonctions religieuses concernent la religion populaire lao dans son double aspect bouddhiste et du culte des *phi*. J'ai évoqué plus haut la façon dont la période de *yu kam* avait été « récupérée » par le bouddhisme, en l'insérant dans les conceptions relatives à la conception et au *kam*. L'enfant au moment de la naissance retrouve son *kam*, et le feu peut être un symbole purificateur, pour le corps de la mère mais aussi pour l'enfant. Pourtant, Zago précisait que *yu fai* n'avait rien à faire avec le clergé bouddhique ni le bouddhisme (1972, p. 217).

En effet *yu kam* relève avant tout du culte des génies. Pendant la période du postpartum les observations empiriques ont pu montrer que la mère et le bébé étaient fragiles, qu'il y ait eu, ou pas, accès à la médecine « moderne ». Ainsi, la période de *yu kam* devait protéger la mère et l'enfant contre les génies qui pourraient profiter de cet état de faiblesse et être attirés par l'odeur du sang. Effet du discours officiel (« on ne croit pas aux *phi* ») ou évolution de la pratique, seules les femmes âgées mentionnent encore cette fonction de protection contre les génies, qui devient secondaire face à des fonctions plus physiologiques et mécaniques, et qui

correspondent plus à la recherche d'efficacité qui semble motiver les différents recours aux soins dans la gestion de la procréation.

Cela n'empêche pas les pratiques de *yu kam* de reposer sur des mécanismes symboliques sous-jacents. Le feu notamment, est un élément très important et hautement symbolique ici. En effet, le postpartum est une période intermédiaire pour la mère et pour l'enfant, qui sont fragiles. L'enfant est confronté à son *kam*, la femme devient ou redevient mère, son système physiologique change. Elle passe d'une période dangereuse, la grossesse, à un retour vers la normalité. Ainsi, si on lit *yu kam* selon la terminologie de Van Gennep (2011), l'entrée dans *yu kam* est un rite de séparation, qui fait pénétrer la femme et l'enfant dans une période de marge pendant laquelle se jouent un certain nombre de rites « liminaires » (la station au-dessus du feu, les bains chauds, infusions, les interdits alimentaires etc.). Cette période liminaire correspond à un lieu en marge, puisque *yu kam* se fait souvent dans la cuisine, un endroit intermédiaire entre la maison et l'extérieur chez les lao (j'ai aussi pu l'observer dans une véranda). Ensuite, la sortie de *yu kam*, appelée *ok kam*, est un rite d'agrégation à travers la cérémonie de présentation des âmes de la mère et de l'enfant, qui permet de réinsérer la mère et d'introduire l'enfant dans la société. Pendant la période liminaire, le feu joue un rôle symbolique majeur. L'autre appellation de cette période est d'ailleurs *yu fai*, « rester auprès du feu ». Le feu donne de la force, à la mère comme au nouveau-né (Zago, 1972, p. 215). De plus, certains (Condominas, 1968, pp. 115–116, cite Hanks) interprètent cette période liminaire comme un rite de passage où la femme atteint sa pleine maturité par le séjour au feu qui opère symboliquement une opération de grillage, de cuisson. Le feu symboliserait la renaissance de la femme qui devient mère, et la renaissance de l'enfant en tant qu'être humain et dans son environnement social. La mère et l'enfant, par le feu, passent du cru au cuit (*souk*), de l'humide (impur, immature) au sec (pur, mature). Lévi Strauss mentionne d'ailleurs dans *Le cru et le cuit* cette pratique du séjour auprès du feu comme exemple de la cuisson qui fait passer de la nature à la culture :

« On fait "cuire" les individus intensément engagés dans un processus physiologique : nouveau-nés, accouchée, fille pubère. La conjonction d'un membre du groupe social avec la nature doit être médiatisée par l'intervention du feu de cuisine, à qui revient normalement la charge de médiatiser la conjonction du produit cru et du consommateur humain, et donc par l'opération duquel un être naturel est, tout à la fois, *cuit* et *socialisé* » (Lévi-Strauss, 2009, p. 342).

C'est aussi en ce sens qu'Ang Choulean analyse la pratique du *ung plung* au Cambodge. Il souligne l'importance du feu qui représente symboliquement le mode de cuisson "culinaire"

car la femme subit une opération de "grillage" (Choulean, 1982, p. 131). Selon lui, à travers l'accouchement le corps de la femme redevient « sauvage ». Le séjour après du feu est donc une période liminaire de réclusion pendant laquelle le corps de la femme est « cuit » afin d'opérer une « domestication », un retour à la normale.

III.3.3 Usages sociaux

Enfin, en dernière lecture il semble que *yu kam* ait des usages sociaux particuliers. Tout le monde fait *yu kam*, tout le monde en parle, homme et femmes, et cette pratique se maintient et se transforme là où dans d'autres contextes (Cambodge) elle est beaucoup moins pratiquée, et s'est transposée. Je proposerai ici deux hypothèses d'analyse.

D'un point de vue politique tout d'abord, on peut avancer que comme le bouddhisme considéré religion d'Etat, le Wat Si Meuang monument national, ou la médecine savante des plantes comme patrimoine scientifique local (à travers les Centres de Recherche sur la Médecine Traditionnelle), *yu kam* est toléré, voire soutenu par la pensée officielle du Parti. En effet, si des campagnes de prévention ont eu pour but de sensibiliser la population aux dangers des interdits alimentaires, la pratique de *yu kam* elle, ne semble pas remise en cause (actuellement du moins), ni pas les acteurs (de tous âges), ni par le personnel de santé. Ce dernier, conseillera aux femmes de faire *yu kam yen* après une césarienne, ou *yu kam* à « feu doux », mais je n'ai pas entendu parler de fortes contre-indications contre *yu kam*. Preuve en est Somphane, de formation médicale, accoucheuse et volontaire pour la santé communautaire, formée par le système de santé officiel, qui encourage les femmes à faire *yu kam* et leur explique comment bien le faire, et ne peut pas se résoudre à croire que *phid kham* ne serait qu'un problème de tension. *Yu kam* rassemble pourtant tout ce que le parti dévalorise (le recours aux thérapeutes traditionnels, les pratiques magico-religieuses et thérapeutiques populaires) et est indépendant du système de soins officiel, puisque c'est une pratique essentiellement domestique, qui se fait entre soi. On peut donc postuler que si *yu kam* n'est pas (ou plus ?) remis en cause c'est aussi parce que le Parti le veut ainsi.

« [*yu kam*] c'est la tradition²¹⁹ des laotiens. » (Chansouk, 21 ans)

« J'ai fait *yu kam* comme les autres laotiennes. » (Amala, 35 ans)

En effet, dans un pays constitué d'une multitude de groupes sociaux-culturels, la construction de l'État Nation est un des projets principaux du gouvernement afin d'asseoir son autorité sur

²¹⁹ *Pape:ni*.

les habitants en créant un sentiment d'appartenance, un nationalisme (Mobillion, 2010, p. 29). À la manière dont le décrivent Hobsbawm et Ranger (2006), on peut avancer l'hypothèse qu'il s'agit ici de « patrimonialiser » une « tradition », d'en faire un symbole de la richesse culturelle de l'État Nation Lao. Chaque personne pendant *yu kam* réactualiserait ainsi son sentiment d'appartenance à une « communauté imaginée » (Anderson, 2006), la nation laotienne, dont la « culture » dominante, selon le Parti, doit être la culture lao (Mobillion, 2010, p. 30). Il faudrait pouvoir étudier ce phénomène plus avant, afin de juger de la pertinence de cette hypothèse et du « succès » de cette entreprise.

D'un point de vue sociologique maintenant, on peut émettre l'hypothèse de la période du séjour auprès du feu comme un mode ritualisé d'encadrement de la période intermédiaire du pospartum. En effet, cette période a été très étudiée dans le monde et dans les pays « occidentaux » notamment, comme un moment difficile pour les femmes, où se jouent de nouveaux changements à la fois psychiques et familiaux (mise en place de la relation mère-enfant, découverte du nouveau-né), mais aussi physiques, puisque s'y opère une perte des repères physiologiques de la grossesse et des bouleversements hormonaux. En France par exemple cette période voit se développer de nombreuses dépressions postpartum (« baby blues »), dont on parlait peu jusqu'à quelques années auparavant. En effet, à l'hôpital, puis chez elles, les femmes en France ne sont pas forcément entourées de leur famille, et cette période peut être caractérisée par un manque de repères. Or dans le cadre de *yu kam* tout est codifié et encadré. Les changements physiologiques et bouleversements hormonaux sont expliqués par un système de représentations complexes, des solutions sont apportées pour soigner le corps, des réponses sont apportées aux questions. De plus, *yu kam* incite à la solidarité familiale en ce que le feu ne doit jamais être éteint et la femme doit être entourée, pour être protégée des génies, ou simplement pour la gestion des tâches quotidiennes. Enfin, cette période de « réclusion » est aussi un cadre aménagé pour le repos de l'accouchée, qui se consacre à la « réparation » et à la « cuisson » de son corps, ainsi qu'à la rencontre avec le nouveau-né. *Yu kam* retarde ainsi la reprise du travail (3 mois après l'accouchement selon la plupart des informateurs), et le retour dans le lit conjugal, ce qui contribue aussi (en cas de non accès à la contraception) à retarder la prochaine grossesse. Enfin, selon Strigler, le séjour au feu, de par les mêmes principes serait un « facteur de maintien de l'allaitement maternel » en permettant à la femme de se reposer et d'être disponible (Strigler, 2011, p. 150). Il serait intéressant de voir si ces fonctions sociales de *yu kam* se maintiennent à travers

l'augmentation du nombre de famille réduites (par adoptions de modèles de vie « occidentaux » ou éloignement des familles à travers l'exode rural vers Vientiane).

Ainsi, *yu kam* est un ensemble de pratiques largement partagées au sein de la population de l'enquête. Elles rassemblent les générations, les hommes et les femmes, à travers un principe de solidarité familiale. Ces pratiques ont des fonctions et usages physiologiques, religieuses, symboliques et sociales qui peuvent expliquer leur succès auprès de la population de Vientiane. De plus, il est intéressant de noter que, comme le Wat Si Meuang était un cadre favorable au recueil des discours sur les recours traditionnels et populaires de gestion de la procréation, la pratique de *yu kam* fournissait un cadre d'expression libre²²⁰ des pratiques populaires et « traditionnelles » dans le cadre de la procréation (mention des *phi*, du recours aux thérapeutes et médicaments traditionnels, et aux systèmes de représentations magico-religieux), toléré (voire soutenu) par les autorités en tant qu'élément fédérateur renforçant le sentiment d'appartenance à une nation. De plus, ces pratiques domestiques et populaires se sont adaptées au contexte de la médicalisation de la procréation dans la Vientiane contemporaine.

Pour finir, notons que l'on peut considérer la période de *yu kam* comme un phénomène transversal, dont l'étude permet d'aborder les principales problématiques rencontrées sur le terrain et traitées dans ce travail, telles que les recours aux soins dans le cadre de la procréation, le contexte contemporain et politique, les phénomènes d'écarts générationnels, les rapports au religieux dans le cadre de la procréation, le dynamisme des pratiques populaires ou encore la médicalisation de la procréation.

²²⁰ En effet, lorsqu'ils parlaient de *yu kam*, la parole des informateurs se libérait et ils parlaient plus que pour les autres thèmes abordés dans les entretiens, donnaient des informations détaillées etc.

IV. De la normalité « traditionnelle » à la médicalisation « moderne » : Ruptures et continuités générationnelles

Dans cette dernière partie, il s'agira, pour terminer l'analyse des données, de se pencher sur les questions de transmissions et ruptures dans les représentations et pratiques autour de la procréation entre les générations des femmes de l'enquête, dans le contexte de l'opposition entre « tradition » et « modernité » que l'on retrouve dans les discours. Nous terminerons par quelques réflexions sur le phénomène de médicalisation qui semble se jouer autour de la procréation à Vientiane.

IV.1 Ruptures et continuités générationnelles

Nous avons vu au long de ce chapitre que la population de l'enquête était principalement constituée de femmes de différentes classes d'âges : les femmes ayant déjà eu des enfants et qui n'en auront plus (plus de 45 ans) ; les femmes qui ont et vont avoir d'autres enfants (entre 26 et 45 ans) et les femmes qui n'ont pas encore d'enfants, et sont dans un processus d'étude ou de recherche d'emploi (25 ans et moins). Ainsi, j'ai montré que ces femmes avaient des discours et pratiques divergents ou concordants selon les situations.

En effet, si les jeunes femmes (de moins de 45 ans) ont en parti hérité leurs systèmes de représentations et de pratiques de la transmission de leurs parents, de leur famille et des « anciens », elles semblent intégrer des évolutions dans ces pratiques, du fait de leur plus grande perméabilité au contexte contemporain de Vientiane (Simmala et al., 2006) : réouverture du pays aux modèles occidentaux, proximité avec les modèles thaïlandais, développement du système de santé. Ces jeunes femmes ont grandi à travers les campagnes de prévention et de santé publique, mais aussi les programmes de développement des ONG médicales.

Ainsi, si elles restent soumises aux modèles et à l'autorité familiale (Simmala et al., 2006), elles ne suivent pas forcément les mêmes schémas que la génération de leurs mères. Les jeunes femmes de moins de 25 ans, ayant toutes suivi un cursus d'études supérieures, ont par exemple un rapport à la sexualité codifié, dont elles parlent peu. Cependant, nombre d'entre elles, originaires des provinces, partagent des logements avec d'autres étudiantes, et

ne sont pas directement sous l'influence familiale. Elles sont toutes informées sur la contraception même si aucune ne dit l'utiliser, ce qui serait socialement mal vu hors du cadre marital. En ce qui concerne le mariage, les étudiantes suivent presque toutes le modèle « classique » : elles veulent se marier et avoir des enfants. Sauf l'une d'entre elle qui nous a expliqué qu'elle voulait garder sa liberté et qu'elle ne se marierait pas, statut social ici encore dévalorisé dans la société laotienne de Vientiane. Il faut noter que les jeunes femmes ont conscience des responsabilités sociales qui pèsent sur les femmes mariées, et veulent obtenir un emploi avant tout, afin de ne pas « rester à la maison », et de contribuer à l'effort financier. Il en va de même du désir d'enfant, qui est soumis, dans leurs discours, aux conditions matérielles nécessaires auparavant, reliées au contexte économique difficile. L'âge désiré pour avoir un premier enfant est ainsi plus tardif que pour les femmes plus âgées, et les jeunes femmes ne veulent pas plus de trois enfants, là où la génération de leurs mères en avait plus. En outre, certaines d'entre elles veulent créer un foyer indépendant avec leur mari et leurs enfants, et ne pas habiter avec leurs parents, selon le schéma social « classique ». Cependant, on a pu voir à travers leur désir d'enfant qu'elles reproduisaient aussi un certain ordre social à travers la transmission des rôles genrés. Même si elles veulent avoir une carrière professionnelle, elles considèrent que c'est le rôle des femmes que de travailler à la maison et s'occuper de la gestion des tâches domestiques. De plus, même si elles en connaissent moins les détails que leurs aînées, elles évoquent toutes leur désir de faire *yu kam* quand elles auront des enfants, et en connaissent les principes de base par observation et transmission familiale.

« Je veux faire *yu kam*, parce qu'on fait comme ça depuis longtemps, il faut suivre les conseils des anciens. »²²¹ (Kham, 21 ans)

Les femmes de 25 à 45 ans, elles, ont une position intermédiaire entre les plus jeunes et les plus âgées. Par rapport aux femmes plus âgées, elles ont moins d'enfants et elles les ont eus plus tard. De plus, elles ont dans le cadre de la procréation des recours aux soins plus fréquents que leurs aînées. Elles sont plus nombreuses à avoir eu des consultations prénatales, à avoir accouché à l'hôpital et à prendre des médicaments « modernes ». En outre, le discours formel qu'elles proposent pendant les entretiens est empreint des tendances du discours politique officiel, dans le cadre de la santé ou des « croyances populaires ». En effet, elles considèrent l'accouchement comme un risque, et recherchent « la sécurité pour la mère et l'enfant » à travers le recours au système de santé officiel ou privé, voire à l'étranger si elles sont issues d'un milieu social aisé. En parallèle, elles ne mentionnent que très peu de recours

²²¹ Entretien n°24, 15-03-13, WSM.

aux thérapeutes « traditionnels », même dans le cadre des accouchements à domicile. De plus, elles ne font aucune mention du culte des *phi* dans leur discours. Pourtant, elles vont au Wat Si Meuang et se disent convaincues du pouvoir de Me Si Meuang (génie tutélaire mais aussi considérée comme divinité protectrice de la ville et symbole de rayonnement culturel et non d'obscurantisme) à laquelle elles ont recours dans le cadre de leur gestion de la procréation. Ensuite, elles font toutes le séjour auprès du feu et les différentes pratiques qui l'accompagnent (la prise de médicaments traditionnels, bain chaud etc.). Ce sont les seules à remettre en cause les interdits alimentaires en invoquant les arguments des campagnes de prévention et de sensibilisation de santé publique et l'autorité du point de vue de la médecine moderne. Pourtant, elles ne remettent pas en cause *yu kam* et ont leurs propres pratiques alimentaires basées sur d'autres représentations (pollution, qualité de la nourriture etc.). Enfin, si elles voient peu les thérapeutes traditionnels, elles achètent des médicaments traditionnels au marché. Leurs recours dans le cadre de la procréation sont basés sur une recherche d'efficacité et mêlent les différents systèmes de représentations disponibles qu'elles intègrent dans leurs pratiques populaires et domestiques de gestion de la procréation.

Enfin, les femmes plus âgées font partie de la génération qui a eu à gérer la procréation lorsque l'accessibilité au système de santé officiel était très réduite. Elles ont eu en moyenne plus d'enfants et plus tôt. Nombreuses sont celles qui travaillent « à la maison ». Elles ont ainsi un rapport différent au système médical « traditionnel » et populaire dont elles ont utilisé pour la plupart si elles habitaient à la campagne ou étaient paysannes. Certaines d'entre elles n'ont jamais eu recours au système médical « moderne » dans le cadre de la procréation. Par contre, celles qui étaient fonctionnaires ont toutes participé aux politiques de santé du gouvernement et ont accouché à l'hôpital. Moins perméables aux campagnes de prévention et à la dépréciation des pratiques « traditionnelles » et magico-religieuses, elles les évoquent mais les relèguent souvent dans un temps ou un lieu éloigné : c'était avant, c'est là où il n'y a pas d'hôpital. Pourtant, elles ne manquent pas de remarquer que la génération de leurs enfants agit différemment, et transforme les pratiques qu'elles ont transmises.

« Avant les médecins étaient loin et on écoutait les parents mais aujourd'hui les médecins n'interdisent pas de manger et ils conseillent de tout manger alors elles mangent tous et il n'y a pas de problème. »²²² (Me Sitthasavanh, 56 ans)

En effet, elles sont aussi « les anciennes » (et les « anciens » pour les deux hommes âgés de la population de l'enquête) évoquées dans les entretiens, garantes de la « tradition », et se

²²² Entretien n°13, 13-03-13, chez Me Sitthasavanh.

placent en observatrices de pratiques des plus jeunes, en comparant ce qui se faisait avant, et ce qui ne se fait plus maintenant.

« Avant on faisait selon la tradition mais maintenant c'est moderne. Avant les parents s'occupaient de leurs enfant eux-mêmes et ils n'avaient pas de temps pour chercher de l'argent. Mais aujourd'hui les gens ont des enfants très vite mais il y a l'école maternelle ce n'est pas difficile comme avant, les gens peuvent travailler. » (Me Sitthasavanh, 56 ans)

« Avant tous les Lao devaient éviter les aliments pendant yu kam. Mais maintenant, les gens mangent de tout. »²²³ (Me Tim, 66 ans)

En effet, témoins des changements rapides et des bouleversements du pays et de la capitale, leur lecture de la société et leur discours est très marqué par les oppositions entre « modernité » et « tradition ».

IV.2 Leitmotiv discursif : la « tradition » et la « modernité »

Les discours renvoyant à une opposition entre la « modernité » et la « tradition », l'avant et le maintenant, sont très nombreux dans les entretiens et ne sont pas seulement le fait des informateurs les plus âgés. De plus, ils touchent à la procréation (avant on faisait comme ça, aujourd'hui c'est différent), mais se fondent aussi sur l'opposition « avant il n'y avait pas d'hôpitaux on faisait selon la tradition, maintenant il y a des hôpitaux, c'est moderne ».

« Il y a 20 ou 30 ans il y avait des médecins traditionnels. Mais la plupart des gens vont à l'hôpital maintenant, parce que c'est facile. Aujourd'hui on a l'hôpital, donc on doit aller à l'hôpital./.../ Aujourd'hui on a du matériel moderne et plus sûr qu'avant. Parce qu'il y a suffisamment de matériel pour les médecins et de médicaments. Les médecins sont forts et aujourd'hui c'est facile d'accoucher parce que si on ne peut pas accoucher par voie naturelle, on peut accoucher par césarienne. » (M.Manosith, 67 ans)

« Aujourd'hui il n'y a plus de médecins traditionnels. S'il y en a c'est à la campagne parce qu'il n'y a pas d'hôpital. Mais aujourd'hui parfois à la campagne il y a l'hôpital. » (Me Tim, 66 ans)

« Et aujourd'hui notre société est déjà développée et les médecins conseillent de tout manger, comme de la viande, du poulet... pour avoir de la force. » (Chone, 36 ans)

Que ce soit à propos de l'accès aux hôpitaux, de la planification du nombre d'enfants, des médicaments qui guérissent *phid kam*, de l'alimentation, les informateurs ne manquent pas de

²²³ Entretien n°5, 06-03-13, Chez Me Kamphet.

souligner cette opposition entre le présent, « moderne » (*tan samay*, « époque mise à jour ») et avant. Or il semble que ces discours s'inscrivent dans un contexte plus général. En effet, plusieurs éléments jouent un rôle dans ce leitmotiv de la modernité.

Tout d'abord, après plusieurs années de relative fermeture aux pays capitalistes, le Laos s'est peu à peu ré-ouvert, ce qui a produit une accélération des bouleversements socio-économiques et culturels. Le pays attire de nombreux touristes qui sont une source économique certaine, mais aussi des investissements étrangers, des travaux d'aménagements, des infrastructures, des hôtels, des buildings, des centres commerciaux etc. Ces changements ont été rapides, comme le remarquent les voyageurs qui n'avaient pas vu Vientiane depuis quatre ou cinq ans, et ont marqué la population de Vientiane qui y participe au quotidien.

De plus, la valorisation de la « modernité » dans le sens du progrès scientifique et technique est un leitmotiv des slogans des régimes communistes et a été relayé par le gouvernement. En effet « désireux de se constituer en État fort, le régime entreprit une refondation nationale complète, selon les préceptes socialistes, qu'il entendait mener au moyen de trois révolutions, des moyens de production, des sciences et technologies, de la culture et de l'idéologie » (Mobillion, 2010, p. 29). Ainsi, à travers le contrôle des domaines de l'éducation (création d'écoles), de la culture (« rééducation ») et de l'idéologie (slogans, embrigadement, santé publique comme outil politique) (Mobillion, 2010, pp. 31–32), les valeurs idéologiques telles que la « modernité » ont été transmises à la société, et plus ou moins intériorisée selon les classes d'âges, les régions et les milieux socio-économiques. Ici c'est la « modernité » qui semble être ingrédient de construction de la Nation. Il semble en tout cas que les entretiens « formels » aient favorisé l'utilisation de ces discours officiels par les acteurs, à travers lesquels ils valorisaient la modernité et le progrès, en comparaison avec l'obscurantisme de la tradition.

De plus, le leitmotiv du discours sur le progrès, et notamment dans le domaine de la santé et de la procréation, a été renforcé par les nombreux programmes de développement mis en place par des ONG dès la réouverture du Laos dans le cadre du développement international et des normes de l'OMS. Ces programmes de développement sanitaire ont aussi contribué à valoriser le discours sur les bienfaits du développement et de la médecine « moderne ».

Enfin, la « modernité » évoquée dans les discours s'oppose souvent au passé, au rural, et à la « tradition ». Mais de quelle « tradition » parle-t-on ? En effet, dans l'idéologie du Parti, il semble qu'il y ait deux formes de « tradition ». Il y aurait ainsi la « tradition » dépréciée, celle qui est opposée à la modernité, qui renvoie à des pratiques « superstitieuses » du passé (la

médecine traditionnelle magico-religieuse, le culte des *phi*, l'accouchement à domicile etc.) ; et la « tradition » valorisée (la médecine savante des plantes, Me Si Meuang et le Wat Si Meuang, *yu kam*), celle que l'on met en avant comme fierté nationale et ingrédient du sentiment nationaliste, qui renvoie à la richesse culturelle de la nation, ou qui s'oppose aux mœurs ultralibérales qui « envahiraient » le pays par la Thaïlande et le tourisme. En effet, le contexte d'ouverture du pays s'accompagne, de la part du gouvernement, d'un phénomène d'« ouverture-fermeture », qui viserait à ne laisser entrer dans le pays que le modèle économique capitaliste et non la culture libérale jugée « décadente » qui l'accompagne (musique et télévision thaïlandaise, modes de vies, modes vestimentaires etc.). Ainsi dans ce contexte, c'est une « tradition » qui mettrait en avant la solidarité familiale, la « culture » et les pratiques du « bon peuple lao » contre la « décadence » d'une modernité libérale, étrangère et dévalorisée. Bochaton souligne « le dilemme dans lequel se trouvent les dirigeants laotiens : entre une ouverture économique nécessaire au développement du pays, un désir de modernité et la volonté de préserver une identité nationale intacte de toute influence étrangère » (Bochaton, 2009, p. 39), crainte illustrée par une directive du Parti de 1994 :

« Parallèlement à la réussite [dans la construction et le développement d'une culture nationale], de nombreux phénomènes indésirables sont apparus, tels que : un mode de vie basé sur la course à l'argent, la mode, des fausses croyances qui se répandent rapidement (en particulier au sein de notre jeunesse qui ne connaît pas les traditions et les coutumes, ni la gracieuse culture nationale). [...] Des influences culturelles étrangères pénètrent dans le pays et ont un impact négatif sur l'héritage culturel national. Elles rendent floues l'identité et la culture nationales, et même pire, les effacent progressivement » (Bochaton, 2009, p. 39; cité dans Pholsena & Phanomyong, 2004, p. 75).

Ainsi, on voit que ces oppositions entre « tradition » et « modernité » sont complexes, traversent la société, relayées par le Parti, les programmes de développement et l'expérience empirique qu'ont les informateurs des bouleversements de la société de Vientiane. Ces oppositions se retrouvent finalement dans les entretiens, à travers des discours sur les pratiques des différentes générations, et dans les représentations à l'origine des pratiques de gestion de la procréation. En effet, un des ingrédients de la « modernité » nationale valorisée est le système de santé officiel, et dans une certaine mesure le système de soins privés qui représentent le progrès de la médecine « moderne », à laquelle la population est de plus en plus sensibilisée.

IV.3 De la médicalisation ?

Nous avons pu constater au cours de ce mémoire une évolution des recours aux soins médicaux « modernes » dans le cadre de la procréation, marquée notamment par une augmentation des suivis prénataux et des accouchements dans les structures de santé, pour les femmes de 25 à 45 ans. Nous avons aussi vu que de nouveaux phénomènes se développaient, tels que les avortements médicalisés, l'accouchement par césarienne ou encore le recours aux soins transfrontaliers pour les classes aisées. À travers ces différents phénomènes, c'est la notion du « risque » qui semble se jouer. En effet, selon Pottier, dans les années 1970, « la grossesse et l'accouchement n'étaient pas considérés comme des problèmes médicaux. Lorsqu'une complication se présentait, les femmes se contentaient de suivre les conseils et les règles d'hygiène indiqués par leur propres mères » (2007, p. 126). Or si j'ai pu recueillir des discours évoquant la « normalité » de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes de plus de 45 ans, le discours des femmes plus jeunes est marqué par un discours formel exprimant la recherche de « la sécurité pour la mère et l'enfant ». Cette sécurité est l'argument principal du recours aux soins hospitaliers et transfrontaliers et des accouchements par césarienne. C'est aussi l'argument qui remet en cause les interdits alimentaires pendant la période de *yu kam* par exemple. Ainsi, il y a deux possibilités d'analyse. Soit ces femmes se servent de ce discours « officiel », qui place le recours à la médecine « moderne » comme une nécessité, comme façade dans la situation d'énonciation de l'entretien, soit elles ont effectivement intériorisé les campagnes de promotion de la santé mises en place par le gouvernement et les organismes de développement internationaux. En effet, la plupart des informatrices de cette tranche d'âge semblent avoir intériorisé le recours à l'hôpital pendant certaines « étapes » de la procréation (grossesse, accouchement), comme un automatisme. De plus, le vocabulaire même utilisé par les acteurs (« santé de la mère et de l'enfant », « l'hôpital c'est la sécurité ») est celui des campagnes de prévention et des organismes de développement. En effet, c'est en ces termes que Somphane (52 ans), volontaire pour la prévention de la santé communautaire, présente le projet gouvernemental auquel elle participe : « C'est un projet pour la santé de la mère et l'enfant. /.../ Ce projet vise à protéger la bonne santé des mères et des enfants dans le village et la communauté. ». Ce projet a pour but de prévenir la mortalité maternelle et infantile dans les villages, et d' « éduquer » la population à la santé de la reproduction. Par exemple, dans le cadre de l'allaitement, il s'agit de promouvoir l'allaitement maternel exclusif :

« Dans le projet on est contre le fait que les enfants de moins de 6 mois boivent de l'eau et mangent du riz. »²²⁴ (Somphane, 52 ans)

En effet, si la plupart des informatrices disaient donner autre chose que du lait maternel à leurs enfants avant 6 mois, plusieurs ont évoqué le discours sur la nécessité de ne rien donner d'autre avant 6 mois.

Ainsi, on peut postuler que la génération des informatrices ayant vécu leurs premières expériences de la procréation dans le cadre des différentes campagnes de prévention à Vientiane ait plus ou moins intériorisé leurs messages. Ces campagnes ont en effet introduit la notion du « risque » médical. Il est probable que les femmes, par observation, aient eu conscience des risques de la procréation auparavant, mais leur gestion se faisait dans un cadre domestique et familial, en suivant les conseils des femmes expérimentées. Des entretiens, il ressort qu'aujourd'hui la notion de risque entre dans le système de représentation de la procréation, et que la gestion du risque doit se faire par le recours (intériorisé ?) aux structures de santé. Ainsi, entre les générations, la gestion de la procréation passe de la maison à l'hôpital, du « normal » au « risqué ». C'est en ce sens que l'on peut parler d'un processus de « médicalisation » à l'œuvre dans la gestion de la procréation.

La médicalisation renvoie à l'action de médicaliser, de confier quelque chose aux soins de la médecine, de donner un caractère médical. La médicalisation est le processus par lequel une représentation sociale, une pratique sociale ou un état social tendent à entrer dans le champ de la médecine. Ce processus a notamment été modélisé par P. Conrad : « Medicalization describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders » (Conrad, 1992, p. 209). Selon A. Guerci et S. Consigliere (Pordié, 2005, pp. 33–49), la médicalisation est aussi un instrument du contrôle de la vie « biopolitique ». En effet, la biopolitique est une politique qui a le vivant pour objet et les vivants pour sujets (D. Fassin, 2006; 2000). C'est dans ce cadre que la médicalisation, selon ces auteurs, impose des contrôles médicaux sur la vie quotidienne, derrière un objectif de prévention. En effet, les politiques de santé publique mises en place par le gouvernement laotien avaient aussi un objectif biopolitique de contrôle des populations par le biais de la santé (Mobillion, 2010, pp. 32–33). La médicalisation, outil de prévention, est donc un outil d'amélioration de la santé publique et de contrôle de la population, par le biais de l'intériorisation de la notion de risque.

²²⁴ Entretien n°18, 13-03-13, WSM. Cf. Annexe 6.

Cependant, dans le cadre de la population de l'enquête, ce processus de médicalisation doit être nuancé. En effet, la médicalisation dans le cadre de la procréation a été souvent analysée comme une perte du pouvoir de la femme et une déshumanisation du processus de naissance (Daviau, 2003, p. 13). Mais dans le cadre de cette enquête, nous avons vu que le recours aux structures de santé n'excluait pas d'autres recours, domestiques, populaires et religieux, autour de la procréation. De plus, les pratiques liées à la gestion de la procréation semblent basées sur un ensemble de représentations « populaires », constitués d'éléments provenant de divers systèmes de représentations (médecine « moderne », médecine « traditionnelle », savoirs populaires) qui sont mobilisés en fonction des besoins et des stratégies de recherche d'efficacité mises en place par les acteurs. Ainsi, si la procréation dans le cadre de la population de l'enquête, et par extension de Vientiane, est marquée par une forme de médicalisation, elle reste aussi une affaire domestique, où le pouvoir de la femme reste soumis à l'influence familiale. Si les générations plus âgées constatent des changements dans la pratique de *yu kam*, marquée par une forme de médicalisation (évocation des fonctions physiologiques par les acteurs, remise en cause des interdits alimentaires) cette dernière reste très suivie, relève avant tout de la gestion domestique et familiale de la procréation et conserve des fonctions sociales importantes. De même, le recours au religieux reste effectif, comme nous avons pu l'observer à travers le culte de Me Si Meuang comme forme de recours en cas de crise dans les « étapes » de la procréation, recours, ici aussi, non exclusif du système de santé. Mais il est vrai que l'intériorisation relative de la notion de risque médical conduit les informateurs à envisager certains aspects de la procréation sous le prisme du médical, ce qui participe de l'évolution des représentations, et des pratiques (consultations prénatales et accouchement à l'hôpital qui retarde le séjour auprès du feu, *yu kam yen* pour les accouchements par césarienne, évolution des pratiques d'allaitement etc.), autour de la procréation.

Ainsi, à travers ce dernier chapitre, les principales données recueillies ont été présentées par les différents temps de la procréation ; puis analysées de façon thématique, à travers le prisme des offres et recours thérapeutiques, l'étude de la pratique postpartum de *yu kam* et enfin les oppositions entre « tradition » et « modernité » comme cadre des ruptures et continuités trans-générationnelles en lien avec un processus de médicalisation de la procréation auquel nous avons réfléchi.

Conclusion

À travers le travail de terrain mené à Vientiane entre février et mars 2013 et le mémoire présenté ici, il a été question de réfléchir aux représentations et pratiques associées à la procréation au sein de la population étudiée. À travers cette étude, plusieurs questions ont été soulevées, formant la problématique et le fil directeur de ce travail.

Dans un premier temps, nous avons placé le cadre théorique général des approches proposées des pratiques et représentations autour de la procréation, et replacé les données dans leur contexte de production à travers une présentation des bases théoriques nécessaires à l'analyse et une approche réflexive du travail de terrain.

Ensuite, il s'est agi d'étudier les discours des informateurs, de les recouper avec les données de l'observation et les sources bibliographiques, afin de comprendre et d'analyser les principales pratiques évoquées et les représentations qui les sous-tendent. C'est ainsi que j'ai pu présenter les pratiques évoquées, les confronter aux classes d'âges des informateurs, à leur situation sociale, afin de dégager les tendances générales et les particularités des discours.

1. Synthèse des analyses principales

Une grande partie du travail a été la contextualisation des données dans le cadre contemporain particulier de Vientiane, marqué par des changements sociaux, économiques et culturels rapides dans un contexte politique déterminant. Cela a permis de dégager les déterminants socio-culturels, économiques et politiques nécessaires pour la compréhension et l'analyse des logiques qui sous-tendent le rapport des acteurs à la gestion de la procréation.

Ainsi, l'étude des données à travers le prisme des offres et recours thérapeutiques a permis de dégager des éléments d'analyses pointant vers une reconfiguration des rapports au système de soin « traditionnel », officiel et populaire dans le cadre de la procréation, à travers les diverses influences socio-culturelles qui se croisent à Vientiane.

Nous avons pu voir que selon les classes d'âge, les tendances des discours des informateurs de l'enquête montraient des changements dans les recours aux soins. Les personnes de plus de 45 ans se sont peu tournées vers le système médical « moderne » dans leur gestion de la procréation, par manque d'offres de soins, mais aussi parce que les représentations qui sous-tendaient la procréation la définissaient comme un phénomène naturel relevant du domaine domestique et familial. Au contraire, les informatrices de moins de 45 ans ont eu plus souvent recours au système de santé « officiel » et/ou privé « moderne » dans le cadre de la grossesse et de l'accouchement. En parallèle, tous les acteurs ont eu recours à des pratiques populaires et domestiques de gestion de la procréation, s'appuyant sur les systèmes de représentations de la médecine « traditionnelle » (savante et populaire) et de la religion populaire (bouddhisme et culte des *phi*). Cependant en fonction des classes d'âge ce rapport a évolué. Les pratiques autour de la procréation de la génération des femmes ayant déjà eu des enfants et qui n'en auront plus sont principalement basées sur des systèmes de représentation populaires (traditionnelle et religieuse) pour les femmes de milieux ruraux, avec des recours au système de santé officiel pour les fonctionnaires. La gestion de la procréation des femmes plus jeunes repose sur ce même ensemble de représentations populaires, transmis par leur famille, auquel sont mêlées les conceptions médicales « modernes » qu'elles ont intériorisées à partir des campagnes de préventions santé du gouvernement, des programmes internationaux de développement de la santé, et des modèles socio-culturels « occidentaux » auxquels s'est ouvert le pays, à travers la Thaïlande, le tourisme et les investissements étrangers. Ainsi, elles associent la grossesse et l'accouchement à un risque qui pousse à la médicalisation de sa gestion par le recours aux structures de santé. Mais ces recours n'excluent pas les modes populaires (domestiques, religieux, thérapeutiques) de gestion de la procréation qui reposent sur un syncrétisme des différents systèmes de représentations en les activant en fonction des besoins et des stratégies de recherche d'efficacité. Par exemple, Me Si Meuang sera considérée comme un recours religieux privilégié dans le cadre de l'infertilité, alors que l'accouchement se fera en priorité dans une structure de santé, et que la période du postpartum sera gérée dans le cadre domestique par des pratiques populaires relevant du religieux et de la médecine « traditionnelle ». Ainsi, on peut postuler que cette reconfiguration des

représentations et des pratiques autour de la procréation se fait autour des conceptions du risque associées à la procréation par les campagnes de préventions santé, et est déterminée par le contexte contemporain de Vientiane.

La présentation et l'analyse de la pratique de *yu kam*, à travers le discours des informateurs et la littérature sur le sujet, nous a permis d'interroger le contexte général dans lequel prennent place les pratiques de gestion populaire et domestique de la procréation, et de comprendre les usages sociaux qui contribuent au succès unanime de cette pratique au sein de la population de l'enquête.

Cet ensemble de pratiques populaires de gestion de la procréation trouve un cadre d'expression libre et valorisé à travers *yu kam*, qui en tant que mode de gestion domestique de la procréation fournit un contrepoint aux recours aux structures médicales pendant la grossesse et l'accouchement. En effet, *yu kam* est le seul stade de la procréation pour lequel les acteurs évoquent librement leur recours aux pratiques « traditionnelles » et populaires de soin.

Ce succès s'explique par les fonctions physiologiques attribuées aux différentes pratiques qui prennent place pendant le séjour auprès du feu, qui elles-mêmes s'appuient sur les systèmes symboliques et religieux qui sous-tendent *yu kam*. Il s'explique aussi par les fonctions sociales que l'on peut attribuer à *yu kam*, qui permet d'assurer un cadre de gestion domestique de la procréation dans lequel se met en place une solidarité familiale autour du repos de l'accouchée, et de l'intégration du nouveau-né et de sa mère dans le groupe familial et la société. À un autre niveau, cette pratique doit être replacée dans le contexte politique de Vientiane, en ce qu'elle semble être un espace d'expression des recours aux représentations populaires, traditionnelles habituellement dévalorisées par le discours « officiel du Parti ». L'analyse nous a conduit à proposer l'hypothèse d'une valorisation de la pratique de *yu kam* comme « tradition » comme signe d'appartenance à la Nation laotienne et ingrédient de construction de cette nation.

Enfin, l'analyse de *yu kam* nous a montré les formes que pouvait prendre l'intériorisation des modèles de la médecine « moderne », contribuant à faire évoluer les pratiques qui s'adaptent à ces nouveaux systèmes de représentation.

Ainsi, cette étude de cas aura permis de synthétiser les différentes thématiques d'analyses évoquées, et d'interroger le contexte d'évolution des pratiques et représentations de gestion de

la procréation : les oppositions entre « modernité » et « tradition », qui se retrouvent dans les questions de transmission et de ruptures entre les générations.

Le dernier axe d'analyse a permis d'interroger les évolutions des représentations et des pratiques de la procréation entre les différentes générations, en interrogeant le leitmotiv des oppositions entre la tradition et la modernité que l'on retrouve dans le discours de la plupart des informateurs.

L'étude des évolutions des pratiques entre les « anciennes », les « mères » et les « étudiantes », a montré que les représentations et pratiques transmises par les « anciens » étaient intériorisées puis réactualisées à travers des pratiques « traditionnelles » ou « modernes ».

L'analyse de ces oppositions entre « modernité » et « tradition », tantôt valorisées et dévalorisées, a permis de questionner le rôle du Parti dans l'expression et la transmission d'une idéologie basée sur l'opposition tradition/modernité comme élément structurant de la construction nationale, mais aussi comme outil au service des campagnes de santé publique ayant pour but le développement et le contrôle des populations. C'est en partie dans ce contexte qu'a été introduit le processus de médicalisation de la procréation révélé à travers les expériences et discours des informateurs. Entre « les mères » et « les filles », on passe de la maison à l'hôpital, du « normal » au « risqué », dans un processus que sous-tendent des changements dans les représentations à la base de la procréation (du « naturel » au « planifié »).

Ainsi, la médicalisation peut être vue comme un outil de contrôle des populations, puisque les informateurs semblent avoir intériorisé la notion de risque qui est associée à la procréation et qui crée des besoins en termes de recours à la médecine moderne, ou introduit des évolutions dans les pratiques dans une stratégie d'évitement du risque. Cependant, si la médicalisation se retrouve dans les différentes sphères de gestion de la procréation, elle reste limitée par le système populaire de représentations syncrétiques qui n'oppose pas les différents recours (au religieux, au domestique ou au médical) mais permet leur coexistence.

2. Pertinence de la prise en compte du religieux dans une analyse anthropologique des pratiques et représentations de la procréation

En filigrane de ces analyses, ce travail nous a permis de réfléchir à la pertinence d'une entrée par le religieux. En effet, en plus d'avoir constitué un cadre adapté à la production de discours sur les recours populaires et religieux à la procréation, le Wat Si Meuang nous a permis de dégager des points d'analyse déterminants.

Tout d'abord, il semble que les modes de recours des acteurs au religieux dans le cadre de la procréation concernent la plupart des acteurs et toutes les classes d'âge, quel que soient leurs rapports à la médecine « moderne ». Ces observations ont contribué à comprendre les stratégies de recours aux soins et le syncrétisme des représentations sur lequel elles se basent. En effet, les rapports religieux /procréation sont importants en ce que le religieux peut être un recours thérapeutique comme un autre dans les processus de la procréation.

De plus, le statut particulier de ce lieu et du culte de Me Si Meuang nous ont permis de questionner leur efficacité symbolique et leur valorisation en tant que symboles nationaux dans un contexte où les lignes idéologiques du politique voudraient conditionner les discours sur le recours à la santé en général, et dans le cadre de la procréation en particulier.

3. Discussion

Ce travail de mémoire présente des limites dont certains aspects doivent être considérés.

Tout d'abord, il faut rappeler que les blocages institutionnels, les remaniements de l'objet, l'« improvisation » d'un lieu d'enquête, mais aussi les choix méthodologiques, et les positions occupées face aux différents acteurs ont largement déterminé les données récoltées, qui auraient peut-être pu être différentes. Par exemple, dans le cadre du recueil des données, la non-maîtrise de la langue des interlocuteurs et le travail avec une traductrice, qui s'avère très riche sur certains aspects, a aussi introduit plus de formalisation dans les entretiens, qui ont été plus longs. De plus, la précision nécessaire dans l'analyse du vocabulaire utilisé par les acteurs n'a parfois pas été possible, ce qui a pu parfois être préjudiciable lors de l'analyse des données.

Ensuite, la problématique du « temps » (temps de l'enquête, temps des informateurs à la pagode) a été une donnée contextuelle déterminante. Si dans ce cadre l'enquête a été menée à bien, cette donnée « temps » doit être utilisée comme filtre pour l'analyse réflexive des

données récoltées. Ainsi le temps court de l'enquête, et la configuration du lieu (où les « visiteurs » ne sont que de passage) n'ont souvent pas permis la construction de relations à long terme avec les informateurs, que, pour nombre d'entre eux, je n'ai vu qu'une seule fois. Hors des entretiens réalisés à domicile (seulement trois), la relation d'entretien était souvent marquée par une prudence des interlocuteurs qui a pu les amener à mettre en avant un discours formel et officiel qui a pu parfois fausser les données. C'est pourquoi j'ai choisi d'analyser ce possible double discours, ses implications et ce qu'il nous disait de la situation d'énonciation et des thèmes abordés, puisque de toute façon les acteurs adoptent des stratégies de discours qui changent selon les situations d'énonciation, et qu'il est illusoire de rechercher une « vérité ».

Enfin, ce mémoire comporte les limites intrinsèques aux travaux de Master, qui sont limités dans le temps et doivent être limités dans les propos. L'objet de recherche choisit était large, dans l'objectif de réaliser un état des lieux de la question des représentations et pratiques autour de la procréation. Mais dans le cadre d'une recherche de Master 2 il n'était pas possible d'approfondir tous les aspects de ce vaste objet, au niveau de l'enquête comme de l'analyse.

Ainsi ce mémoire a été pensé comme un état de l'art introductif, basé sur une enquête de terrain relativement courte et un nombre d'informateurs réduit. Il a pour vocation de dégager les tendances des phénomènes étudiés et des discours, de les décrire, et de les analyser en fonction de leur contexte, afin de proposer des pistes analytiques et des hypothèses qui pourront constituer un socle pour des recherches ultérieures.

4. Pistes de recherche et ouverture

Ainsi, plusieurs pistes de recherches pourraient continuer et affiner le travail débuté dans ce mémoire. Sans chercher à l'exhaustivité, en voici quelques-unes.

Il faudrait, dans un premier temps, avoir accès au système de santé officiel, afin de réaliser un travail de terrain dans le cadre hospitalier de gestion de la procréation, qui constitue un contexte d'énonciation très différent de celui d'une pagode. Il faudrait alors pouvoir comparer les discours recueillis dans ces deux cadres.

Il faudrait aussi pouvoir réaliser plus d'entretiens à domicile, et étendre le travail de terrain à la périphérie Vientiane, ce qui permettrait d'élargir la population de l'enquête. Dans ce même objectif, il serait intéressant d'interroger les représentations et les pratiques des classes aisées de Vientiane concernant la procréation. Il serait aussi intéressant de pouvoir confronter les

données de cette enquête en faisant une étude similaire dans une autre ville du Laos, afin de juger des différences de contexte et de leur rôle dans l'évolution des représentations et des pratiques des acteurs.

De plus, pour ouvrir la réflexion sur ce thème de recherche, il serait intéressant de pouvoir étudier les pratiques et les représentations de la procréation dans un autre pays partageant un substrat austro-asiatique tel que le Cambodge, afin de juger de l'effet contextuel (historique, politique, économique etc.) sur les représentations et les pratiques.

Ce sujet introduit aussi la question du rapport entre le politique et la santé dans le cadre de la procréation, question qui mériterait d'être approfondie. En effet, il faudrait se demander dans quelles mesures l'État passe par la santé dans son objectif de contrôle des populations. Il faudrait aussi pouvoir relier ces questions au contexte de la globalisation et du développement rapide du pays. En effet, il serait intéressant d'interroger le rôle combiné des campagnes de préventions du gouvernement et des programmes internationaux de développement dans la médicalisation de la procréation, et plus généralement dans les logiques du bio-politique et à l'œuvre dans le contexte de Vientiane. Pour cela, il faudrait pouvoir enquêter dans le milieu des ONG, et auprès de représentants du ministère de la santé. Enfin, ce travail est un état des lieux qui doit permettre de soulever les enjeux d'une analyse de la procréation dans le cadre du VIH.

5. Une recherche finalisée : état de l'art des pratiques et représentations autour de la procréation

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre du projet IRD-ANRS « L'enfant protégé par les antirétroviraux au sud. Analyses ethnologiques comparées (Sénégal, Burkina Faso, Laos) », dirigé par Alice Desclaux. Au vu du contexte particulier de ce projet au Laos, la contribution de ce travail devait être de proposer un état de l'art, hors du VIH, des représentations et des pratiques autour de la procréation à Vientiane, afin de constituer un socle d'analyse sur lequel pourraient s'appuyer les recherches ultérieures du projet sur l'étude de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et de sa prévention.

En effet, la mise en évidence des pratiques de gestion de la reproduction et des représentations sur lesquelles elles reposent, même si elles ne concernent qu'un échantillon réduit de la population, permet d'en dégager les tendances principales. Ensuite, l'étude anthropologique de ces tendances replacées dans le contexte de production des données permet de dégager

certaines enjeux majeurs d'une étude de la procréation en contexte VIH et de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).

De fait, la présentation des données par « étapes de la procréation » fournit des informations sur les tendances principales de la population, et leurs incidences dans le cadre du VIH. Par exemple, les données sur les rapports des jeunes femmes de moins de 25 ans à la contraception nous apprennent que, la contraception est considérée avant tout comme un outil de planification familiale dans le cadre conjugal, il peut être stigmatisant d'accéder et de recourir aux moyens de contraception pour une jeune femme non mariée. De même, les données recueillies sur l'allaitement montrent qu'il est encore très répandu de compléter l'allaitement maternel par du riz et de l'eau pour les nourrissons de moins de 6 mois. Cette tendance entre en jeu dans les stratégies de PTME qui sensibilisent la population à l'allaitement exclusif. Enfin, l'étude de la relation des infirmières aux structures de soins et notamment aux consultations prénatales renseigne sur les pratiques dans un cadre où la PTME n'est que très peu intégrée à ce niveau.

Sur un autre plan, l'analyse de la place déterminante de la pratique postpartum de *yu kam* dans la gestion de la procréation, et de ses fonctions et usages sociaux, d'un point de vue *emic* autant qu'*etic*, souligne la nécessité de sa prise en compte dans le cadre de la PTME en tant que déterminant socio-culturel essentiel de l'allaitement, de la solidarité familiale et de la gestion domestique de la procréation. Ainsi, il faudrait étudier la place donnée à la période du séjour auprès du feu dans le cadre de la mise en place de stratégies de PTME.

Enfin, les éléments d'analyse proposés concernant les rapports de l'État laotien à la santé publique, l'instrumentalisation des campagnes de prévention et les effets de la médicalisation lancent des pistes de recherche pour des travaux ultérieurs sur le rôle des programmes de prévention en général et l'étude de l'intégration des projets de PTME dans le cadre du contrôle du système de santé par le politique.

Ainsi, la plupart des données ethnographiques et des analyses proposées dans ce mémoire fournissent des éléments, placent les jalons, ou soulèvent des enjeux à considérer pour le reste du projet. C'est en ce sens que l'anthropologie fondamentale peut avoir des finalités dans des contextes plus opératifs.

6. D'une approche en anthropologie de la santé

Ainsi, à travers une étude de la procréation dans le cadre théorique de l'anthropologie de la santé, nous avons pu aborder les offres, recours et parcours thérapeutiques ; le rapport

des acteurs et du politique au religieux, à la santé ; le processus de médicalisation à l'œuvre dans les représentations et la gestion de la procréation ; les stratégies politiques de création de la Nation et de contrôle de la population ; les enjeux des programmes de développement internationaux et gouvernementaux sur les systèmes de santé et les représentations et pratiques des acteurs ; la question des transmissions et ruptures entre les générations ; ou l'instrumentalisation de l'opposition « tradition » et « modernité » et l'utilisation de cette opposition dans les discours ; ainsi que les interactions des acteurs avec ces différents phénomènes. C'est là la richesse de l'approche en anthropologie de la santé, qui n'a pas pour vocation d'étudier un objet sorti de son contexte mais propose un angle d'étude particulier, ici les représentations et pratiques autour de la procréation, pour aborder l'analyse de la société, et contribuer ainsi au grand projet de l'anthropologie.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERA D. (2001). « Terrains minés », *Ethnologie française*, Vol. Vol. 31, n° 1, p. 5-13.
- ANDERSON B. (2006). *L'imaginaire national: réflexions sur l'origine et l'essor du nationalisme*, Paris: La Découverte/Poche, 212 p.
- AUGÉ M. (1986). « L'Anthropologie de la maladie », *L'Homme*, Vol. 26, n° 97, p. 81-90.
- BEAUD S. et WEBER F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain produire et analyser des données ethnographiques*, Paris: La Découverte, 333 p.
- BOCHATON A. (2009). *Construction d'un espace sanitaire transfrontalier: le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande*, (thèse de doctorat). Université de Nanterre - Paris X, Récupéré du site : <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00641367>.
- BOUILLON F., FRESIA M. et TALLIO V. (2005). *Terrains sensibles : Expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris: Centre D'études Africaines, 208 p.
- BOURDIER F. et BUREAU È. (2010). « Société civile et gouvernement en temps de sida au Cambodge », *Moussons. Recherche en sciences humaines sur l'Asie du Sud-Est*, n° 15, p. 195-200.
- CHOULEAN A. (1982). *Grossesse et accouchement au Cambodge: aspects rituels.*, Paris: CeDRASEMI - EHESS, Tiré-à-part de ASEMI, Vol.XIII, No.1-4, pp. 87-109.
- CHOULEAN A. (1986). *Les êtres surnaturels dans la religion populaire Khmère*, Paris: Cedorek, 349 p.
- CLASTRES P. (1974). *La société contre l'État recherches d'anthropologie politique*, Paris: Éd. de Minuit, 186 p.
- CONDOMINAS G. (1962). *Essai sur la société rurale lao de la région de Vientiane*, Ministère des affaires rurales, Commissariat des affaires rurales, 270 p.
- CONDOMINAS G. (1968a). « Notes sur le Bouddhisme populaire en milieu rural lao (II) », *Archives des sciences sociales des religions*, Vol. 26, n° 1, p. 111-150.

CONDOMINAS G. (1968b). « Notes sur le Bouddhisme populaire en milieu rural lao », *Archives des sciences sociales des religions*, Vol. 25, n° 1, p. 81-110.

CONDOMINAS G. (1998). *Le bouddhisme au village: vak sonnabok, notes ethnographiques sur les pratiques religieuses dans la société rurale lao (plaine de Vientiane)*, Éditions des Cahiers de France, 240 p.

CONRAD P. (1992). « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, Vol. 18, p. 209-232.

CROCHET F.S. (2001). *Étude ethnographique des pratiques familiales de santé au Cambodge* (thèse de doctorat), Paris 10.

DAVIAU S. (2003). *Beliefs, taboos, practices and behaviors around birth in Lao PDR*.

DE MARTINO E. (1999) *La terre du remords*, Empecheurs Penser en Rond, 494 p.

DESCLAUX A., SOW K., MBAYE N. et SY H. (2012). « Passer de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à son élimination avant 2015 : un objectif irréaliste ? Enjeux sociaux au Sénégal », *Médecine et Santé Tropicales*, Vol. 22, n° 3, p. 238-245.

DESCLAUX A. (2003). « Stigmatisation, discrimination : que peut-on attendre d'une approche culturelle ? », Récupéré du site: <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00079800/>

DESCLAUX A. (2011a). « Des représentations du risque à la médicalisation de l'existence », *Les sociétés méditerranéennes face au risque : représentations.*, p. 243-255.

DESCLAUX A. (2011b) « Le "choix" des femmes sénégalaises dans la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement : analyse d'une revendication », *Les femmes à l'épreuve du VIH au Sud*, p. 149-161.

DESCLAUX A. (2012). « Mesurer la stigmatisation : comparaison entre approches relativiste et universaliste auprès des veuves », Récupéré du site: <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00713037/>

DESCLAUX A. et ALFIERI C. (2008). « Allaitement, VIH et prévention au Burkina Faso: les déterminants sociaux ont-ils changé ? », *Science et Technique, Série Sciences de la santé*, Vol. Hors-série, n° 1, p. 117-126.

DESCLAUX A. et CADART M. (2008). « Avoir un enfant dans le contexte du VIH, entre risque « résiduel » et normalisation, discours médicaux et liens sociaux », *Medecine Sciences*, Vol. 24, hors-série n°2, p. 53-61.

DESCLAUX A. et TAVERNE B. (2000). *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest: de l'anthropologie à la santé publique*, Paris: Karthala, 556 p.

DOUGLAS M. (2001). *De la souillure: essais sur les notions de pollution et de tabou*, Paris: Editions La Découverte, 205 p.

- ESCOFFIER-FAUVEAU C. SOUPHANTHONG K. et PHOLSENA P. (1994). *Women and Reproductive Health in the Lao PDR: An Anthropological Study of Reproduction and Contraception in Four Provinces*, 100 p.
- EVANS G. (2002). *A short history of Laos the land in between*, Crows Nest NSW, Australia: Allen & Unwin, 251 p.
- FAINZANG S. (1994). « L'objet construit et la méthode choisie : l'indéfectible lien », *Terrain*, n° 23, p. 161-172.
- FAINZANG S. (2000). « La maladie: un objet pour l'anthropologie sociale », *Ethnologies comparées*, n° 1.
- FASSIN D. (2006). « La biopolitique n'est pas une politique de la vie », *Sociologie et sociétés*, Vol. 38, n° 2.
- FASSIN D. (1996). *L'espace politique de la santé essai de généalogie*, Paris: Presses universitaires de France, 324 p.
- FASSIN D. (2000). « Entre politiques du vivant et politiques de la vie: pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et sociétés*, n° 24, p. 95-116.
- FAVRET-SAADA J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts*, Paris: Gallimard, 346 p.
- FOUCAULT M. (1976). *La volonté de savoir*, Paris: Gallimard, 211 p.
- GNEP Y. et BOURDIER F. (2011). « Le réveil de la société civile : mobilisations profanes et religieuses contre le sida au Cambodge », p. 67-116.
- GOODY J. (1978) *La raison graphique la domestication de la pensée sauvage*, Paris: Les Éd. de Minuit, 274 p.
- GUILLOU A.-Y. (2009). *Cambodge, soigner dans les fracas de l'histoire*, Paris: Les Indes savantes, 203 p.
- HANCART-PETITET P. (2009). « Traitement social de la naissance dans le contexte du sida. Études de cas en Inde du Sud », *Sciences sociales et santé*, Vol. Vol. 27, n° 2, p. 9-35.
- HANCART-PETITET P. (2006). « Une perspective « intime » sur les soignants. La prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans un hôpital de district en Inde du Sud », *Sexualité et procréation confrontées au sida dans les pays du Sud*, p. 190-207.
- HANCART-PETITET P. (2008). « Dimension éthique de la recherche en Inde du Sud. À propos d'une étude anthropologique d'un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH », *Ethnographie.org*, Vol. 17.
- HÉRITIER F. (1996). *Masculin - féminin: la pensée de la différence*, Paris, O. Jacob, 332 p.
- HÉRITIER F. (2003). « Une anthropologie symbolique du corps », *Journal des africanistes*, Vol. 73, n° 2, p. 9-26.

- HERZLICH C. (1969). *Santé et maladie; analyse d'une représentation sociale.*, Paris: Mouton, 210 p.
- HOBBSBAWM E. J et RANGER T. O. (2006). *L'invention de la tradition*, Paris: Éditions Amsterdam, 370 p.
- LE MARCIS F. (2010). *Vivre avec le sida après l'apartheid Afrique du Sud*, Paris, Karthala, 180 p.
- LEIRIS M. (1988). *L'Afrique fantôme*, Gallimard, 655 p.
- LESERVOISIER O. et VIDAL L. (2007). *L'anthropologie face à ses objets: Nouveaux contextes ethnographiques*, Archives contemporaines, 307 p.
- LÉVI P. (2009). « Suivi démographique et de scolarisation à Vientiane: 1. Rapport d'enquête : 2. Rapport annexe de présentation des questionnaires 2006-2008 », Récupéré du site: <http://hal.ird.fr/ird-00448555/>
- LÉVI P. et OTON A. (2009). « Inégalités d'accès à l'éducation selon les niveaux de pauvreté des ménages et selon le genre à Vientiane (Laos) », dans *Conférence Internationale de l'Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer : Séance Education*, S.I., s.n., 26 octobre 2009, Récupéré du site: <http://hal.ird.fr/ird-00444055>.
- LÉVI-STRAUSS C. (1958). *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 478 p.
- LÉVI-STRAUSS C. (2001). *Tristes tropiques*, Pocket, 502 p.
- LÉVI-STRAUSS C. (2009). *Le cru et le cuit*, Paris, Plon, 400 p.
- LIVINGSTON J. (2012). *Improvising medicine: an African oncology ward in an emerging cancer epidemic*, Durham, NC, Duke University Press, 248 p.
- MICOLLIER E. (2005a). « Acteurs de la mobilisation collective contre le sida en Chine et solidarités transnationales : dynamiques locales et visibilité des groupes de défense des minorités sexuelles et sociales », *Face à Face*, n° 7, p. 31-40.
- MICOLLIER E. (2005b). « Sida en Chine : discours et pratiques de la sexualité », *Perspectives chinoises*, n° 89, p. 2-15.
- MICOLLIER E. (2011). « Nouvelles formes de mobilisation collective contre le sida en Chine : dynamiques locales, solidarités transnationales et processus de normalisation internationale », dans EBOKO Fred, BOURDIER Frédéric et BROQUA C. (éd.), *Les Suds face au sida : quand la société civile se mobilise*, Marseille, IRD, p. 151-177. IRD Bondy
- MOBILLION V. (2010). *Territoires et soins à Vientiane (Laos): une géographie de la capitale d'une République Démocratique Populaire* (thèse de doctorat), Université de Nanterre - Paris X, Récupéré sur le site : <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00628849>.
- NGUYEN V.-K. (2010). *The republic of therapy: triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*, Durham, NC, Duke University Press, 237 p.

OLIVIER DE SARDAN J.-P. (1995a). *Anthropologie et développement essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris; Marseille, Karthala ; APAD, 221 p.

OLIVIER DE SARDAN J.-P. (1995b). « La politique du terrain Sur la production des données en anthropologie », Récupéré sur le site: <http://enquete.revues.org/document263.html>.

OLIVIER DE SARDAN J.-P. (2000). « Le « je » méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain », *Revue française de sociologie*, Vol. 41, n° 3, p. 417-445.

PÉTONNET C. (1982). « L'Observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien », *L'Homme*, Vol. 22, n° 4, p. 37-47.

PEYRONNIE K., MOBILLION V. et VALLÉE J. (2006). « L'offre de soins à Vientiane (RDP Lao) : entre contrôle territorial et économie marchande », *Espace populations sociétés. Space populations societies*, n° 2006/2-3, p. 341-349.

PHOLSENA V. et PHANOMYONG R. (2004). *Le Laos au XXIe siècle: les défis de l'intégration régionale*, IRASEC, 264 p.

PORDIÉ L. (2005). *Panser le monde, penser les médecines: traditions médicales et développement sanitaire*, Paris: Karthala, 326.

POTTIER R. (2007). *Yû dî mî hêng: « être bien, avoir de la force » : essai sur les pratiques thérapeutiques lao*, Paris, École française d'Extrême-Orient, 542 p.

ROSE N. (2007). « Beyond medicalisation », *The Lancet*, Vol. 369, n° 9562, p. 700-702.

SIMMALA C., VALLÉE J. et BARENNE H. (2006). « L'influence du contexte urbain et social sur les comportements des femmes lors de leur grossesse et après leur accouchement, en périphérie de Vientiane (RDP Lao) », *Espace populations sociétés. Space populations societies*, n° 2006/2-3, p. 351-359.

STRIGLER F. (2011). *L'alimentation des Laotiens: cuisine, recettes et traditions au Laos et en France*, Paris, Karthala : Comité de coopération avec le Laos, 360 p.

SYCHAREUN V., HANSANA V., SOMPHET V., XAYAVONG S., PHENGSAVANH A. et POPENO R. (2012). « Reasons rural Laotians choose home deliveries over delivery at health facilities: a qualitative study », *BMC Pregnancy and Childbirth*, Vol. 12, p. 86.

TICKTIN M. (2011). *Casualties of care immigration and the politics of humanitarianism in France*, Berkeley, University of California Press, 312 p.

VALLÉE J. (2008) *Urbanisation et santé à Vientiane (Laos). Les disparités spatiales de santé dans la ville* (thèse de doctorat), Université de Nanterre - Paris X, Récupéré sur le site : <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00377209>.

VALLÉE J. (2009). « Les disparités spatiales de santé en ville : l'exemple de Vientiane (Laos) », Récupéré sur le site *Cybergeog : European Journal of Geography*: <http://cybergeog.revues.org/22775>.

VAN GENNEP A. (2011). *Les rites de passage: étude systématique des rites de la porte et du seuil, de l'hospitalité, de l'adoption, de la grossesse et de l'accouchement, de la naissance, de l'enfance...*, Paris: Picard, 316 p.

ZAGO M. (1972). *Rites et cérémonies en milieu bouddhiste lao ...*, Rome : Università gregoriana, 408 p.

ANNEXES

Annexe 1 : L'anthropologie de la maladie selon Marc Augé (1986) et Sylvie Fainzang (2000). Synthèse d'Adeline Philippe.

L'anthropologie de la maladie est définie comme un terrain de réflexion particulier pour aborder des problèmes qui se posent dans le domaine de l'Anthropologie sociale et culturelle. « La maladie est envisagée comme un domaine de l'Anthropologie sociale » (Fainzang, 2000). C'est Marc Augé qui représente cette orientation, en avançant que les pratiques relatives à la maladie sont indissociables d'un système symbolique articulé. C'est lui qui a récusé l'appellation « Anthropologie médicale » en 1986 au profit de cette d' « Anthropologie de la maladie ».

« Si je préfère parler d' « anthropologie de la maladie » plutôt que d' « anthropologie médicale » (expression américaine la plus usuelle) c'est pour deux ordres de raisons.

En premier lieu je pense qu'il n'y a qu'une anthropologie qui se donne des objets empiriques distincts (la maladie, la religion, la parenté, etc.) sans se diviser pour autant en sous-disciplines. Il n'est pas sûr que l'ensemble de ces «objets empiriques distincts», de ces objets d'observation ne constituent pas dans le regard de l'anthropologue, au terme de son effort de construction, un objet unique d'analyse. Quelle est alors la nature de cette unicité ? C'est toute la question, et l'anthropologie de la maladie peut nous aider à y répondre.

En second lieu le terme « medical anthropology », dans l'usage qu'en font les chercheurs américains, a surtout un intérêt en quelque sorte administratif et stratégique : il s'agit de rassembler sous une même étiquette (pour faire masse, ce qui peut avoir de l'intérêt quand on veut obtenir des crédits) des recherches aux finalités intellectuelles différentes qui n'ont en commun que leur objet empirique d'occasion, à condition de définir celui-ci de façon assez lâche : l'épidémiologie, l'étude des soins délivrés en institution (« health care delivery systems »), les recherches sur les problèmes de santé et l'ethnomédecine sont ainsi présentées comme les quatre grandes parties de l'anthropologie médicale elle-même conçue comme une subdivision spécifique de l'anthropologie en général (Genest 1978 ; Colson & Salby 1974 ; Fabrega 1971).

Au lieu de penser à bâtir une discipline ou une sous-discipline nouvelle il me paraît important de voir sur quels points l'étude anthropologique de la maladie peut affiner ou renouveler la problématique anthropologique.». (Augé, 1986 : 81-82)

Selon Fainzang (2000), l'Anthropologie de la maladie n'est pas une discipline à part, mais un moyen de contribuer au grand projet anthropologique en passant par l'étude la maladie comme fait social participant d'un système. Elle insiste alors sur l'importance de l'étude des représentations de la maladie pour accéder à une meilleure connaissance des systèmes symboliques et de l'organisation sociale d'une société donnée. Selon Augé « Nombre d'ethnologues qui n'avaient pas la maladie pour objet premier de leur recherche, ont constaté qu'ils ne pouvaient pas essayer de comprendre la vie sociale, politique et religieuse des sociétés sans prendre en considération le système nosologique (l'élaboration du diagnostic, les prescriptions thérapeutiques, les institutions, les agents), bref la dimension sociale de la maladie » (Augé, 1984) qui renvoie, selon Fainzang, à « l'armature intellectuelle » qui permet de penser la maladie.

Ainsi, le but de l'Anthropologie de la maladie est « non pas de concevoir des recherches finalisées sur une cible biomédicale, mais d'accéder par une autre porte à la connaissance de l'Homme en société » (Fainzang, 2000)

Sur un plan épistémologique, Fainzang souligne que l'étude anthropologique de la maladie ne peut être abordée isolément et renvoie à la structure sociale globale. L'anthropologie de la maladie pose des questions universellement valides dont les réponses se déclinent selon les sociétés. Selon Marc Augé, la démarche de l'anthropologie médicale est restée longtemps prisonnière d'une perspective évolutionniste qui opposait de manière stérile la médecine dite « moderne » aux médecines dites « traditionnelles » ou « primitives ». Selon lui, ce qui intéresse l'anthropologie c'est que dans toute société la maladie possède toujours une dimension sociale et symbolique, et est un biais pour accéder à l'organisation sociale générale, au même titre qu'il a souligné l'intrication entre les conceptions du désordre biologique et du désordre social. (Fainzang, 2000)

Annexe 2 : Éléments de religion populaire khmère¹

Synthèse d'Adeline Philippe.

En ce qui concerne la religion populaire khmère, nous nous baserons principalement sur les travaux d'Ang Choulean, spécialiste de l'Anthropologie de la religion au Cambodge.

1. Pluralité et origines de la « religion populaire »

Dans « *Les êtres surnaturels dans la religion populaire khmère* », A. Choulean (1986) explore et définit les personnages, rites et fonctionnement du système de représentation du monde présent au Cambodge avant l'arrivée des grandes religions orientales (brahmanisme, bouddhisme, shivaïsme, vishnouisme), qu'il définit comme participant d'un système animiste qui aurait perduré au gré de syncrétismes et d'acculturations négociés. Lorsque l'on parle de « religion populaire », le terme « religion » doit être pris dans son acception la plus large : cela englobe des pratiques autant religieuses que magiques, des sentiments relatifs au sacré. L'ensemble forme un système cohérent, et répond à une même logique interne sous la façade du bouddhisme.

Selon Choulean (1986), la pensée religieuse khmère se caractérise par son pluralisme. Plus il y a de divinités, plus cela semble favorable. On retrouve ainsi des êtres surnaturels issus de pratiques et de croyance animistes, des dieux hindous qui se sont khmérisés (Ganesh tout particulièrement), et des concepts bouddhistes.

2. Principes et concepts des représentations animistes au Cambodge

A. Principes

A. Choulean (1986) définit l'animisme comme la tendance vers une conception anthropomorphique et pluraliste des esprits. L'origine de ce substrat animiste est très ancienne et peu connue, mais on constate le caractère répandue de beaucoup des représentations et pratiques qu'ils véhiculent, dans diverses régions de l'Asie du Sud-Est avec des similitudes et équivalences.

Choulean (1986 :12) insiste sur le caractère dynamique de cet animisme cambodgien. Son évolution depuis la période historique du Cambodge, a été affectée par les idéologies officielles. Il étudie essentiellement, mais non exclusivement, les pratiques en milieu rural (plus de 80 % des Cambodgiens vivent en milieu rural), et les faits religieux chez les citadins à partir du moment où ils prennent une teinte populaire. Cet animisme se traduit dans la vie communautaire rurale, par des rites périodiques en l'honneur du génie du sol villageois. Ensuite, c'est durant la lutte contre les calamités que tout le village recourt essentiellement à l'animisme. À l'échelle familiale, on pratique des rites périodiques en l'honneur du génie protecteur de la lignée qui n'est pas un ancêtre, mais qui exerce sa domination ambivalente sur toute la lignée. Au niveau de l'individu, l'animisme fixe une série de rites qui marquent les différentes étapes du cycle normal de la vie (naissance, puberté, maternité, mort). La maladie, notamment, donne lieu à un cycle logique de rites (découverte de l'origine du mal, guérison, remerciements génie protecteurs).

Choulean (1986:16) reprend une terminologie de Mauss et Hubert²²⁵ qui définissent les trois principaux aspects de la pensée religieuse : les **agents**, les **rites**, les **représentations**. Appliquer au

²²⁵ Mauss et Hubert, « Esquisse d'une théorie générale de la magie », in *Sociologie et Anthropologie*, PUF, 1950.

système religieux khmer, les agents sont les guérisseurs, sorciers, officiants de rites bouddhiques ; les rites sont les rituels et cérémonies ; les représentations sont les êtres surnaturels.

De plus, dans la religion populaire khmère, des esprits bénéfiques/maléfiques, souvent ambivalents, exercent une influence plus ou moins importante sur la vie quotidienne des Cambodgiens selon l'identité (sexe, âge), l'habitat (forêts et montagnes, alentours des villages, villages, maisons), les caractères généraux (ambivalence, esprits bénéfiques maléfiques), et le rôle (fonction particulière, maléfiques bénéfiques) (1986:19). (Choulean, 1986:19).

Enfin, un des concepts fondamentaux de l'animisme khmer est celui de *bralin* ("âmes"), même si on le rencontre moins chez les nouvelles générations. Dans les représentations du corps issues de l'animisme, les êtres humains ont 19 *bralin*, tous situés dans le corps, dont les principaux dans la tête (ce qui explique le côté sacré de la tête, qu'il faut éviter de toucher chez autrui). Dans certaines circonstances, une partie des âmes peuvent s'enfuir : pendant le sommeil, quand le sujet a été absent de son village, quand le sujet est subitement saisi d'une grande peur, et quand il est atteint par une maladie qui ne peut pas guérir. On doit alors procéder à une cérémonie de rappel des âmes. Le départ définitif des 19 âmes cause la mort (1986:25-31).

B. Rites et agents

Il existe, dans la tradition khmère, différents personnages en interaction avec le surnaturel. Le *rup* (**médium**), est la forme dans laquelle s'incarnent les esprits (Choulean, 1986:31. Dans la transe, le médium n'est pas maître de lui-même, il est un support dans lequel l'esprit entre. En dehors de la transe, le médium est une personne comme une autre. Ainsi il y a deux types de possession : (i) la possession non provoquée, subie, se produit en dehors de tous préparatifs et peut-être le fait d'un esprit sauvage maléfique à la recherche de nourriture et (ii) la possession provoquée, qui est un événement organisé qui se traduit par des rites et qui nécessite un médium. Ici ce sont les hommes qui choisissent quand ou de quoi parler avec l'être surnaturel. Cette forme de possession peut par exemple servir à la découverte de la cause d'un ennui, à la divination, ou à remercier un être surnaturel (Choulean, 1986 :31).

Le **guérisseur**, *kru khmaer* est une personne en lien avec le surnaturel. Les guérisseurs s'opposent aux sorciers (dont nous parlerons ultérieurement) et guérissent en utilisant la magie préventive et curative et des médicaments traditionnels (*thnam khmaer*). Ils sont les thérapeutes principaux dans la représentation populaire, avec les médiums (Choulean, 1986:63-75).

En ce qui concerne les rites principaux, ils se divisent en cérémonies périodiques, cérémonies occasionnelles, offrandes, et rituels bouddhiques. Ces cérémonies collectives ont pour visée le renouvellement périodique du contrat qui lie les hommes aux génies (Choulean, 1986:77-95).

C. La mort et les esprits : de l'humanité à la surnature

Une autre notion fondamentale est celle de mort et d'esprit. Le mot « esprit », ou « fantôme », se traduit par *khmaoc*. C'est un mot dérivé de *khuc*, « se détériorer, se gâter, mourir », qui est assez peu utilisé dans le langage courant. Lorsque l'on parle de « mort » ou « mourir » au Cambodge, on utilise le mot *slab*, qui est neutre et non suggestif.

Le mot *khuc* est utilisé pour décrire des détériorations physiques ou morales. Ce mot désigne aussi le degré suprême de l'affliction morale (celui qui va se conduire à l'encontre de la règle sociale : par exemple à travers le suicide, l'alcoolisme ou la prostitution). Ce mot renvoie donc à la notion physique de corruption, et à la notion morale et sociale de dégradation. Dans les deux cas, la situation est celle d'une rupture définitive. La mort n'est jamais perçue comme une dissolution totale ou un

anéantissement c'est une « *mort-renaissance* » car ce n'est qu'une « *corruption du corps et de la personnalité* » (Choulean, 1986:99-100).

Dans le cas de la malemort, cette conception de la mort prend tout son sens. Les trépassés de malemort sont les esprits de suicidés, morts assassinés, noyés, femmes mortes vierges ou en couche. On les appelle *khmaoc chau*, les « morts crus »²²⁶, expression significative qui suggère leur non-appartenance à l'autre catégorie, celle des morts normaux, des « morts cuits », *khmaoc prey*²²⁷. Ces morts crus n'ont pas droit à l'incinération²²⁸. Ils sont ensevelis rapidement au cimetière du village, ou enterrés dans une forêt éloignée. On éloigne les morts crus du village et ses alentours (les zones cuites et domestiquées), pour les repousser dans les domaines les plus sauvages et crus. Leur apparitions sont décrites comme des plus épouvantables et peuvent causer la mort. Les *khmaoc chau* « morts crus » forment la catégorie des esprits les plus redoutés et les plus détestés. Mais tous les esprits ne sont pas issus de la malemort. Certains *khmaoc prey* sont même vénérés parce qu'ils peuvent offrir des contreparties bénéfiques. Il n'y a plus alors de relations d'évitement avec les villageois mais un véritable dialogue et contrat entre les hommes et les êtres surnaturels.

Les derniers intermédiaires entre le monde des hommes et celui des esprits sont les sorciers *thmap'* et les sorcières *aap* qui jouent un rôle fondamental dans la recherche de la cause des maux, et notamment de l'origine de la maladie ou de la douleur.

Choulean (1986 :298) précise qu'il ne faut pas chercher à établir un cloisonnement entre le monde des humains et le monde surnaturel. Il propose de raisonner en termes de « *continuum* », d'axe selon lequel se rangent les esprits des plus « sauvages » aux plus « civilisés ». Ainsi la personnalité et la relative sociabilité des esprits sont directement fonction du degré de leur « détérioration », qui détermine aussi le mode de communication entre les humains et les esprits. Ainsi, sur ce continuum, on trouve des humains très proches de la surnature (les guérisseurs *kru* et les sorciers et sorcières), des esprits domestiqués, et des esprits sauvages. « *L'humanisation des esprits et la spiritualisation des hommes sont deux courants qui s'opposent, mais qui n'en témoignent pas moins d'une fluidité ou d'une perméabilité favorisant l'interpénétration du monde social et surnaturel* » (1986 :307).

²²⁶ La conception populaire distingue deux grandes catégories parmi les esprits, *prey* (forêt) et *srok* (village), qui renvoient à l'opposition cru/cuit, sauvage/domestique, nature/culture. Au Cambodge cette division antinomique prend une dimension particulière, s'appliquant aussi aux représentations de l'espace.

²²⁷ *Idem.*

²²⁸ Sauf à Phnom-Penh ou dans les grandes villes où ils sont incinérés à cause de la concentration urbaine, et du manque de cimetière ou de forêt.

Annexe 3 : Grille d'entretien évolutive et informative contenant des exemples de questions utilisée au cours du travail de terrain. Destinée à la préparation des entretiens (réalisée par Adeline Philippe).

Catégorie	Femmes	Hommes
Questions générales	Quel âge avez-vous ?	
	Quelle est votre profession ?	
	Où habitez-vous ? (Où êtes-vous né ?)	
	À quel groupe ethnique appartenez-vous ?	
	Êtes-vous marié ?	
	Que fait votre mari ?	Que fait votre femme ?
	Comment êtes-vous venu ici ?	
	Pourquoi venez-vous ici ?	
	Dans cette pagode en particulier ?	
	Que souhaitez-vous ?	
	Qui est Ma Si Muang ? Quelle est son histoire ?	
	Combien de personnes vivent avec vous ? (Combien de personnes avez-vous à charge ?)	
	Avez-vous des enfants ?	
	Si oui combien ?	
	Quel âge ont-ils ?	
	Combien de filles, de garçons ?	
	Combien de fois avez-vous été enceinte ?	
	Si non pourquoi ?	
Grossesse	Comment les femmes tombent-elles enceinte ?	
(Si enceinte)	À combien de mois de grossesse êtes-vous ?	A combien de mois de grossesse est votre femme ?
	Comment se passe votre grossesse ?	Comment se passe la grossesse de votre femme ?
(Si pas enceinte)	Comment se sont passées vos grossesses ?	Comment se sont passées les grossesses de votre femme ?
	Qu'est-ce qui change pour vous lorsque que vous êtes enceinte ?	Qu'est-ce qui change dans votre vie et celle de votre femme lorsqu'elle est enceinte ?
	Est-ce qu'il y a des choses que vous ne pouvez pas faire comme d'habitude ? Des endroits où vous ne pouvez pas aller ?	Est-ce qu'il y a des choses que vous ne pouvez pas faire comme d'habitude ? Et votre femme ?
	Est-ce qu'il y a des choses que vous ne pouvez pas manger et des choses que vous devez manger ? Comme quoi par exemple ? Ca sert à quoi ?	Est-ce qu'il y a des choses que votre femme ne peut pas manger et des choses qu'elle doit manger ? Comme quoi par exemple ? Ca sert à quoi ?
	Quand on est enceinte c'est chaud ou c'est froid ?	
	Est-ce que vous avez des douleurs pendant vos grossesses ?	
	Comment soignez-vous vos douleurs ? A la maison ? comment ? Avec des médicaments ? Lesquels ?	
	Est-ce que vous allez/êtes allée voir un médecin pour votre grossesse ?	Est-ce que votre femme est allée voir un médecin pour sa grossesse ?
	A l'hôpital public ou à la clinique ? Pourquoi ?	
	Une consultation prénatale ?	
	Pouvez-vous me raconter comment ça se passe ?	Est-ce que vous savez comment ça se

	passe ?	
	L'hôpital est-il loin de chez vous ? Combien de temps ?	
	Si non pourquoi ?	
	Est-ce que vous avez vu / voyez un thérapeute traditionnel pour votre/vos grossesses ?	Est-ce que votre femme a vu un thérapeute traditionnel pour sa/des grossesses ?
	Si non pourquoi ?	
	Si oui pourquoi ? Que vous prescrit-il ? Que fait-il ?	Si oui pourquoi ? Que lui a-t-il prescrit ? Que fait-il ?
	Est-ce que vous prenez des médicaments occidentaux ou traditionnels pendant la grossesse ou pour faciliter vos accouchement ? Lesquels ? Pourquoi ?	Est-ce que votre femmes prend des médicaments traditionnels pendant sa/ses grossesses ? Lesquels ? Pourquoi ?
	Que font les femmes enceintes pour rester en bonne santé ? Que faites-vous ?	Que font les femmes enceintes pour rester en bonne santé ?
	Que doit faire la famille pour augmenter les chances d'une naissance sans problème ?	
	Est-ce que les grossesses sont différentes si c'est un garçon ou une fille ?	
	Vous connaissez des signes de complications? En avez-vous déjà eu ? Lesquels ?	Vous connaissez des signes de complications? Votre femmes en a-t-elle déjà eu ? Lesquels ?
Accouchement	Où avez-vous / allez-vous accoucher ?	Où votre femme a/va accoucher ?
	Si à la maison : pourquoi ? Pourquoi pas à l'hôpital ?	
	Qui était présent pour votre accouchement ? Quelle était leur fonction ?	
	Est-ce que vous avez eu des problèmes durant l'accouchement ?	
	Si oui qu'avez-vous fait ? Avez-vous eu de l'assistance ?	
	Si présence d'accoucheuse quel est le mode de paiement ?	
	Comment le cordon a-t-il été coupé ?	
	Tout de suite après un accouchement est ce qu'il y a des choses à faire pour la tradition ?	
	Qu'est-ce qu'il faut faire avec le placenta après l'accouchement ? Pourquoi ? Est-ce que c'est important pour la santé de l'enfant ?	
	Si à l'hôpital : Pourquoi ? Pourquoi pas à la maison ?	
	Qu'est ce qui est mieux à l'hôpital ?	
	Comment avez-vous été reçu à l'hôpital ?	
	Comment êtes-vous allés à l'hôpital ? Est-ce que c'était loin ?	
	Comment étaient les médecins et les infirmières ?	
Post Partum	Est ce qu'on peut tout manger après un accouchement ? Est-ce qu'il y a des choses qu'on ne peut pas manger ou qu'on doit manger ? Lesquelles ? Pourquoi ?	
	Est-ce que vous êtes restée près du feu après vos accouchements ? Pour tous vos enfants ? Combien de temps ? Est-ce que vous allez rester près du feu ? Combien de temps ?	Est-ce que votre femmes va rester/est restée auprès du feu après ses accouchements ? Combien de temps ?
	À quoi ça sert ?	À quoi ça sert ?
	Est-ce qu'il y avait des aliments interdit après l'accouchement ? Lesquels ? Combien de temps ? Pourquoi ?	
	Est-ce que vous avez eu des restrictions dans vos activités quotidiennes après l'accouchement ? Si oui lesquelles ? Combien de temps ?	

	Au bout de combien de temps avez-vous recommencé à travailler ?	
	Au bout de combien de temps est-il possible de reprendre une activité sexuelle avec son mari ?	
Allaitement/ Petite enfance	Est-ce que vous allez / avez allaité ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?	Est-ce que votre femme va allaiter / a allaité ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?
	Est-ce qu'il est nourri seulement de votre lait ?	
	À quel âge commencez-vous à donner d'autres aliments que le lait à votre bébé ? Quels aliments en particulier ?	
	Combien de temps allaitez-vous vos enfants ? Combien de mois ?	
	Pourquoi arrêtez-vous d'allaiter les enfants ? Différentes raisons ? Lesquelles ?	
	Quel est le meilleur âge pour arrêter d'allaiter les enfants ?	
	Si pas allaitement: Pourquoi? Comment nourrissez-vous l'enfant? Comment vous procurez vous le lait en poudre ? Combien ça coute ? Qu'est-ce que ça change par rapport à l'allaitement ?	
	Que faut-il faire pour protéger les bébés quand ils sont petits et les garder en bonne santé ?	
	Qui est ce qui s'occupe le plus des enfants chez vous ?	
	Est-ce que vous connaissez des gens qui ont perdu des enfants ? Ça arrive souvent ?	
	Quelles sont les maladies les plus fréquentes chez les enfants ?	
	Quelles sont les symptômes/signes que la santé des enfants est mauvaise ?	
	Que faites-vous en cas de signes de mauvaise santé de l'enfant ?	
	Médecines traditionnelles	Avez-vous eu recours à la médecine traditionnelle (médicament ou recours à des thérapeutes) pendant ou après votre grossesse ?
À quelle occasion ?		
Quels médicaments ?		
Quels types de thérapeutes ?		
Système de santé officiel et hôpital	Est-ce que vous avez eu des consultations prénatales ?	
	Est-ce que vous avez eu un check up postnatal ? Est-ce qu'on vous a donné des médicaments (fer, vitamine) pour retrouver des forces ?	
	Est-ce que vos enfants ont été vaccinés ? Contre quoi ?	
	Est-ce que vous avez une carte jaune ?	
	Combien de fois aviez-vous été à l'hôpital avant ? Pourquoi ? (si accouchement, combien de temps y êtes-vous restée ?)	
	Comment était le service ? (temps d'attente, considération, infos...)	
	Est-ce que vous pensez y retourner ?	
Sans enfants	Que savez-vous sur la grossesse ? Vous savez ce que font les femmes quand elles sont enceintes pour que la grossesse se passe bien ? Vous voulez des enfants ?	
	Combien ?	
	Où accoucherez-vous ?	
	Est-ce que vous resterez près du feu ? À quoi ça sert ?	
	Pour vous c'est important ?	

Annexe 4 : Description non interprétative des étapes rituelles dans le temple du Wat Si Meuang. Notes de terrain du 25/02/13.

Je suis retournée au Wat Si Meuang avec la traductrice, Nong, afin de faire avec elle le parcours des fidèles dans le temple. Nous avons commencé par acheter des offrandes (5 paires de petites fleurs sans tiges jaunes, 6 paires de bougies, un bouquet de fleurs blanches) pour lesquelles nous avons donné 5 000 Kip²²⁹ (que l'on met dans une boîte mais que l'on ne « paie » pas directement à la vendeuse). Ensuite nous sommes allées dans la deuxième salle du temple, au pilier de la ville (*lack meuang*). Nous nous sommes agenouillées devant, parmi les nombreuses personnes présentes, puis avons joint les mains devant la tête à la manière du salut lao, et avons baissé la tête et collé les mains au sol trois fois de suite. Ensuite nous avons disposé les fleurs et les bougies sur un plateau, et l'avons tenu à deux mains pour le présenter face au pilier. Il y avait trop de monde à l'autel de Me si Meuang où nous ne sommes pas allées cette fois. Nous sommes donc allées dans la première salle, devant la réplique miniature du pilier. J'avais remarqué lors de mes précédentes observations qu'à cette étape s'arrêtaient souvent des jeunes gens et beaucoup d'étudiants et d'étudiantes, accompagnés parfois par des dames plus âgées leur expliquant la façon de procéder. Devant ce pilier Nong m'a fait faire les trois cycles des mains jointes et posées. Ensuite il fallait prier les mains jointes, à genoux devant le pilier, et poser une question, puis essayer de soulever le pilier. Si on réussit, la réponse à la question est positive. J'ai réussi. Ensuite il faut poser la même question et essayer de soulever le pilier à nouveau. Si on réussit encore alors la réponse est négative. À mon grand étonnement je n'ai pas réussi à soulever une deuxième fois le pilier, ni même à le décoller du sol, sous les rires de l'assistance qui semblait trouver mon apprentissage divertissant. Ma réponse devait donc être positive. Je ne sais pas comment, mais le pilier semblait peser trois fois plus lourd la seconde fois. Pour l'étape suivante nous sommes allées voir le bonze : après les trois prosternations mains jointes, nous lui avons remis 10 000 Kip chacune. Il a alors béni les fils de cotons qu'il nous a attaché autour du poignet. Enfin, nous sommes allées voir l'autel de Me Si Meuang qui se trouve derrière le *stupa* khmer, où les personnes font des offrandes de fleurs et d'encens.

²²⁹ Le Kip est la monnaie laotienne. 10 000 Kip = environs 1 euros.

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des entretiens et caractéristiques principales de la population de l'enquête. Adeline Philippe.

entretien	Date	sexe	Nom	age	métier	origine	Foyer	Lieu de résidence	statut social	statut marital	age au mariage	Enceinte	nbre grossesses	nombre d'enfant	sexe/ age des enfants	age au premier enfant	désir d'enfants	Nbre freres et sœurs
1	28-02-13	F	Vieng	28	Paysanne	Lao loum Houaphan		Ban Samneal - Province de Houaphan		Mariée depuis 9 ans	19		2	2	G:5 ; F:3	23		
2	28-02-13	F	Sone	53	Femme au foyer	Hmong Prov. Sienkhuan	10	Vientiane Ban Chommany		Marié depuis 20 - 30 ans	25		8	7	Ainé 27 ; cadet 6	26		
		H	Seua	50	Fonctionnaire radio nationale	Hmong Prov. Oudomxai												
3	06-03-13	H	Monsieur Manosith	67-68	Officiant à WSM Bonze au Wat Piawat	Savannakhet		Vientiane						4	4 filles (26-37)			
4	06-03-03	F	Tamon	25	Jeune diplômée ministère des forêt	Vangvien	Partagent un appartement	Vientiane		Célibataires			0	0		×	2 (G/F)	3
		F	Lin	25		Sienkhuan					0	0	×	2 (G/F)	7			
5	06-03-13	F	Kamphet	56		Champasak / Savannaket		Ban Ponsavan, Vientiane		Mariée à 20 ans				3		env.20		
		F	Tim	66	Marchande au marché + travail à la maison	Pakse	Habite avec 5 de ses enfants			Mariée à 19 ans		10	8		env.20			
6	07-03-13	F	Khamta	21	Etudiante administration tourisme	Pakse	Habite avec sa famille (père, tante paternelle et oncle)	Ban Xiengngeun, Vientiane	famille tiens un business de traduction	Célibataires pas de copains						×		
		F	Chansouk	21	Etudiante	Vientiane	père et petit frère	Ban Hongkaikeo, Vientiane						×		1 frère		
7	07-03-13	F	Chone	36	Fonctionnaire Lao telecom	Vientiane	Mari, 2 enfant, cousin	Ban Saphanneua, Vientiane.		Mariée	25		2	2	(♀ 11; ♂ 7)	24		
8	07-03-13	F	(A) Sathy	19	Etudiante finances + langues	Vientiane		Vientiane	mère finance / père ingénieur							×		1 sœur, 2 frères
		F	(B) Tiao	19	Etudiante finances	Vientiane		Vientiane	Parents agriculteurs						×		1 petit frère	
10	11-03-13	F	(C) Kamsay	29	Marchande (a? un magasin de moto).	Vientiane	mari et enfants	Ban Thangone, Vientiane (loin)		Mariée deuis 4 ans	25	oui (9 mois)	2	2	(1,5 ans et ♂ 9 mois dans le ventre)	27		
11	11-03-13	F	Moa	35	Vendeuse puis Au foyer Le mari a un garage auto	Paksé	Elle est venue à Vientiane pour habiter avec son mari	Vientiane		Mariée depuis plus d'un an	33			1		?		
12	11-03-13	F	Phone	28	Sans emploi	Luang Phabang	Mari, frère mari et enfants	Vientiane (a déménagé pour trouver du travail)		Mariée depuis 6 ans	22	oui (1 mois)		2 ♂ (4 ans et 1 an)	♂ (4 ans et 1 an)	24		
13	12-03-13	F	Sithasavanh (femme de monsieur Manosith)	56	fonctionnaire jusqu'en 1989 (usine de production de zinc) et maintenant fait des soupes avec se fille devant la maison / travail à la maison	Vientiane	Mari et fille cadette	Vientiane		Mariée depuis 1977	20			4 ♀ (ainée née en 1977, cadette née en 1988)	♀ (ainée née en 1977, cadette née en 1988)	20		

entretien	Date	sexe	Nom	age	métier	origine	Foyer	Lieu de résidence	statut social	statut marital		Enceinte	nbre grossesses	nombre d'enfant	sexe/ age des enfants	age au premier enfant	désir d'enfants	Nbre freres et sœurs
14	12-03-13	F	(D) Dara	43	fondation/comité des femmes de la communauté de Nam oun du village de Nathong + paysanne Mari milice du village	Xiengkhuang		Xiengkhuang		Mariée depuis 1989	19		4	4 (♀ 1; ♂ 3) (ainé 1990, cadet 1996)	(♀ 1; ♂ 3) (ainé 1990, cadet 1996)	20		
15	12-03-13	F	(E) Amala	35		?		Vientiane		Mariée depuis ses 20 ans	20		5	2 ♂ (19; 17)	♂ (19; 17)	16		
16	13-03-13	F	Wane (+ sa fille)	53	Paysane - Marchande	Vientiane		Ban Sokgnai, Vientiane km 16		Mariée depuis 37-38 ans	17		8	8 (seulement trois sont vivants: 2♀ ; 1 ♂)	(seulement trois sont vivants: 2♀ ; 1 ♂)	env.18		
17	13-03-13	F	(F) Chanhsi	69	Rizière/marchande. Mari: riziculteur, département des forêts, enseignant	?		Ban Nongthaengtai - Vientiane Km 11. Route du Nord.		Mariée à 17 ans	17			9 (2♀ ; 7♂) - (ainé à 18 ans; cadet à 24 ans)	(2♀ ; 7♂)	18		
18	13-03-13	F	Somphane	52	Médecin militaire jusqu'en 1979 Employée à la pagode Accoucheuse travaille pour le projet "la mère et l'enfant"			Vientiane km 100 - Ban Champa - District Sikutit	pas élevé	Mariée en 1979	18		6	5		?		
19	14-03-13	H	Moine (+ somphane)	env. 60	moh ya , soldat, constructeur de meuble bonze	Ban Thin, Xayabouly,		Wat si meuang		Marié avant de prendre le froc								
20	14-03-13	H F	Ai Souphaline	31 31	Policier Policier	Né à Svannakhet Née à Hinheub		Ban Khamsavad, Vientiane (5 kilomètres de		Mariés depuis 2 ans	29	oui (8 mois)	1	pas encore accouché		31		4 frères, 1 sœur 3 frères, 2 sœurs
21	15-03-13	F	Chanty	48	Travail à la maison Avant fonctionnaire pour le parti Son Mari est directeur du département de surveillance du bureau de Ministre	Luang Phabang		Ban Sivilay, district de Xaythany, Vientiane (depuis 23 ou 24 ans)	Classe sociale élevée	Mariée en 1986	21			3	1 ♀ 20; 2 ♂ 23 et 19	25		
		F	Vanh	20														
22	15-03-13	F	Khoud	33	Marchande (mari chauffeur pour touristes)			Luang Phabang		Mariée depuis 12 ans	21			2	♀ 11 ans; ♂ 5 ans	22		
23	15-03-13	F	Kinsavan	43	Professeur de Français à l'université de DongDok Mari fonctionnaire ingénieur en électricité (barrage)	Vientiane		Vientiane	Milieu social élevé (famille riche, francophones)	Mariée depuis 1993, elle avait 23 ans	23		5	3	2 ♀ 16 ans et 12 jours; 1 ♂ 10 ans	1ère grossesse 26 ans 1er enfant 27		4 (ils sont en France)
24	15-03-13	F	Kham	21	Etudiante (buisness computer)	Phongsaly	Vit dan un appartement avec 3 amies	Ban Phonxay - Vientiane (depuis plus d'un an)									2 (garçon et fille)	3 (2 frères, 1 sœur)
25	16-03-13	F	Lom	30	Vendeuse de médicaments traditionnels à côté du Talat Sao depuis 1 mois (avant pareil dons son village de Xayabouly)	(Hmong) province de Xayabouly	Habite ici avec 2 de ses enfant	Ban Thongkhankham près Ban Sailom, Vientiane (pour fuir son mari)	pauvre (seule avec deux enfant, débute son ommerce, ne vend pas bcp)		?			4 (3 enfant d'un premier mariage, 1 avec son nouveau mari)	(7 mois, 8 ans, 9 ans, 12 ans)	18		

Annexe 6 : Entretien n°19 avec Somphane. Adeline Philippe.

1. Vous avez quel âge ?

J'ai 52 ans

2. Vous habitez à Vientiane ?

Oui, j'habite à Vientiane, Ban Champa.

3. C'est à combien de kilomètre de Vientiane ?

Loin de Vientiane, à environ 100 km, dans le district de Sikhod.

4. Pourquoi êtes-vous ici aujourd'hui ?

Je travaille ici parce que « Ya than Khamdaeng » qui est le supérieur de cette pagode, fait construire une pagode dans mon village. Mais ce n'est pas fini. Cela devait être fini dans trois ans, mais le supérieur est mort. Donc je viens ici pour travailler et dire qu'on doit continuer de construire la pagode, je voudrais que le comité continue de construire.

5. Vous êtes payée pour votre travail ici ?

Non, je n'ai pas de salaire, seulement l'argent du jour. Pour un mois c'est environ 100 000 kips parce que c'est 20 000 kips par jour. Je mange ici, si je suis malade, ils nous prennent en charge.

6. Vous restez dormir à la pagode quand vous travaillez ici ou vous prenez les transports pour rentrer chez vous le soir ?

Avant on pouvait dormir à la pagode. Maintenant, le supérieur de la pagode est mort donc ça a changé de direction. Les femmes vont louer un logement dehors. Il y a seulement les bonzes et les hommes qui dorment à la pagode.

7. Ça fait combien de temps que vous travaillez ici ?

Depuis 2006, environ 7 ou 8 ans.

8. Vous êtes là tous les jours ?

J'ai beaucoup de tâches de travail par exemple s'il y a un malade je l'emmène à l'hôpital et s'il y a des malades dans mon village aussi, on les soigne et si j'ai le temps je viens ici.

9. Emmener les malades à l'hôpital c'est un autre travail ?

Oui, c'est le travail à la pagode, si des gens sont malades, et au village aussi par exemple s'il y a une femme sur le point d'accoucher et que son bébé est dans une position anormale, on l'emmène à l'hôpital aussi. Je suis volontaire pour le village pour emmener les femmes à l'hôpital.

10. Ça arrive souvent les femmes qui ont des difficultés lors de l'accouchement ?

Je travaille pour le projet "la mère et l'enfant". Oui, il y en a beaucoup, parce que certaines femmes qui sont enceintes d'environ 3 ou 4 mois ne vont pas à l'hôpital pour la consultation prénatale. D'autres femmes s'habillent avec des pantalons trop petits donc l'utérus ne s'ouvre pas et quand elles ont mal au ventre pour accoucher c'est difficile d'accoucher parce que l'utérus ne s'est pas ouvert.

11. C'est quoi le projet "la mère et l'enfant" ?

C'est un projet pour la santé de la mère et l'enfant. Je participe à ce projet depuis environ 7 ou 8 ans et puis je vais obtenir le certificat. J'ai aussi une formation à l'université des sciences et de la santé et j'ai obtenu un certificat, et une formation à l'hôpital de « Me le dek » (= "la mère et l'enfant") dont j'ai obtenu le certificat. Ce projet vise à protéger la bonne santé des mères et des enfants dans le village et la communauté.

Par exemple la semaine dernière il y avait une femme enceinte qui est venue à la pagode. Elle a eu mal au ventre donc je l'ai emmenée à l'hôpital « Me le dek ». La semaine dernière ou le mois dernier, il y a des femmes, mariées depuis environ 4 ou 5 ans mais qui n'ont pas d'enfants, qui sont venues ici pour demander l'aide à Me si meuang.

12. Pourquoi à Me si meuang ?

Parce qu'elle est sacrée. Par exemple il y a une thaïlandaise qui est venue ici pour demander de l'aide à Me Si Meuang pour avoir des enfants parce qu'elle s'est mariée depuis longtemps mais elle n'a toujours pas d'enfants. Une autre personne, mariée depuis 10 ans mais qui n'a pas d'enfant est venue me voir pour faire le rite d'offrande à Me Si Meuang. Deux ou trois mois

plus tard elle est tombée enceinte et après son accouchement, elle est venue ici pour emmener son enfant à Mae Si Meuang.

13. Il y a beaucoup de femmes qui viennent demander l'aide à Me si Meuang pour avoir des enfants?

Oui il y a en a beaucoup. Aujourd'hui par exemple il y a eu trois femmes : une de Ban Dongdok, une de Ban Dongkham, et une de Ban Nasaithong. Elles se sont mariées depuis 5 ou 6 ans mais n'ont pas eu d'enfants. Si elles n'ont pas d'enfants elles ont que leur maris les quittent et cherchent une autre femme.

14. Comment vous reconnaissez les femmes qui demandent de l'aide à Me si Meuang pour avoir des enfants ?

Parce qu'elles viennent me voir pour me demander de faire *Khan ha* (= 5 paires de bougie) et *khan pet* (= 8 paires de bougie) pour elles.

15. C'est dans quelle salle de la pagode qu'on demande l'aide de Me Si Meuang ?

La pièce est dedans près du poteau de la ville, là où il y a la photo de Me Si Meuang.

16. Pourquoi Me Si Meuang peut aider les gens à avoir des enfants ?

Parce qu'elle avait le cœur brisé à cause d'un homme. Son mari l'a quitté quand elle était enceinte de 6 mois. Alors elle a voulu être *Chao wat*. Donc on considère cette histoire comme sacrée. À l'époque on a annoncé pour celui qui veut être le propriétaire de ce territoire « Chao din », à l'époque il va créer la ville de Phai narm et *Chao mae si meuang* a dit qu'elle était enceinte et qu'il n'y avait pas de mari responsable. Donc elle voudrait être l'esprit sacré d'ici et aider les personnes qui viendraient demander de l'aide. Elle est tombée dans le trou et ce trou était très profond. C'est l'endroit où sont attachés des tissus de couleur blanche et rouge, dans la deuxième salle.

17. Pourquoi faites-vous partie de ce projet, pourquoi vous y intéressez-vous? Aviez-vous fait des études dans le domaine de la santé?

Avant j'étais chef de la fondation des femmes, j'étais soldat. J'ai été formée à être médecin militaire au niveau supérieur en 3 ans. J'ai appris les bases de la médecine. En 1977 j'étais médecin militaire et soldat. Puis l'année 1979 je me suis mariée. En 1981 j'ai participé à l'association de la jeunesse. L'année 82-83 j'ai participé à la fondation des femmes.

18. Est-ce que ce projet est un projet du gouvernement ou d'une ONG ?

C'est un projet du gouvernement parce qu'il est sous la direction du ministère des travaux. J'ai fait des formations de prévention contre le trafic humain, le SIDA, ou pour l'aide aux les pauvres.

Par exemple : pour des enfants des pauvres, on peut demander l'aide au gouvernement pour obtenir des petites bourses pour eux, pour le matériel scolaire.

Dans l'hôpital, vous pouvez voir mes photos, on n'a pas de salaire mais si on participe aux formations on peut obtenir de l'argent. Je voudrais demander que les villages puissent avoir une personne qui travaille à cette tâche. Parce qu'on travaille beaucoup mais on n'a pas de salaire. Par exemple en Thaïlande ceux qui font ce cet emploi ont un salaire. Je voudrais savoir pourquoi les gens qui travaillent dur n'ont pas de salaire alors que ceux qui font un travail facile ont un salaire.

19. Est-ce que vous voyez beaucoup de femmes enceintes qui ont le VIH ?

Oui il n'y en a pas beaucoup mais j'en ai vu. Quand on les a emmène à l'hôpital le docteur dit que l'enfant a le SIDA parce que sa mère travaille comme ça. À l'hôpital il y avait une femme dont l'enfant est mort à 4 ou 5 jours. Sa mère travaillait en Thaïlande et elle est tombée enceinte. Elle est revenue au Laos puis elle a accouché. J'ai demandé au docteur pourquoi l'enfant était mort s'il avait une bonne santé. Le médecin ne pouvait pas m'expliquer parce que c'est secret mais il a seulement dit que cette femme travaillait en Thaïlande et est tombé enceinte.

20. Dans le programme, est-ce que l'hôpital propose un dépistage pour les femmes enceintes ?

Il n'y a en a pas encore. Parce que j'ai déjà demandé pour le projet si on pouvait avoir un médicament pour tester l'urine des hommes pour tester la présence de drogue et si on pouvait prélever le sang des femmes qui travaillent en Thaïlande ou des laotiennes pour savoir si elles ont le sida ou pas.

21. Pas pour toutes les femmes, seulement celles qui viennent de Thaïlande ?

- Pour toutes les femmes, mais pour le projet on n'a pas de machine pour tester. Si elles vont accoucher et on les emmène à l'hôpital et à ce moment-là on peut savoir si elles ont le SIDA ou pas.
22. **Qu'est-ce qu'il se passe lorsqu'une femme est dépistée VIH+?**
Il y a un projet pour les jeunes, où les femmes peuvent demander de l'aider et faire le test.
 23. **Vous avez des enfants ?**
J'ai eu 6 enfants mais un est mort donc il me reste 5 enfants.
 24. **Vous savez ce qu'il s'est passé ?**
Quand il avait 3 ans, on a trouvé qu'il avait du sang blanc dans les veines. Il avait un cancer donc on ne pouvait pas le soigner. Alors il est mort.
 25. **Quand vous vous êtes mariée est-ce que ça a été facile pour vous de tomber enceinte ?**
Quand j'étais enceinte d'1 ou 2 mois, je n'avais pas envie de manger du riz et de la viande, donc j'étais maigre. Mais certaines femmes peuvent manger donc elles sont grosses. Jusqu'à ce que je sois enceinte de 4 mois c'était normal.
 26. **Vous n'avez pas eu de problèmes pendant votre grossesse ?**
Non, il n'y a rien. Je suis tombée enceinte facilement, j'étais fatiguée seulement lors des deux ou trois premiers mois de grossesse et après je pouvais travailler jusqu'à l'accouchement. Pour certains enfants j'ai accouché à 7 mois, pour d'autres à 9 mois, ça varie selon les enfants.
 27. **Comment faisiez-vous pour garder la bonne santé pendant vos grossesses ?**
Quand on est enceinte de 2 ou 3 mois il ne faut pas travailler dur, boire de l'alcool, ou manger pimenté. Il faut bien se reposer parce que si on travaille dur notre utérus peut s'ouvrir et le bébé risque de sortir.
 28. **C'est pour ça que certaines femmes disent que si elles travaillent beaucoup jusqu'à la fin ça facilite l'accouchement ?**
Ce n'est pas vraiment ça, mais c'est vrai que certaines femmes aiment dormir ou s'asseoir beaucoup donc l'utérus ne s'ouvre pas et c'est difficile d'accoucher et parfois elles doivent accoucher par césarienne.
 29. **Où avez-vous accouché de vos enfants ?**
J'ai accouché à l'hôpital pour être en sécurité, parce que je suis volontaire du village et ma maison est près de l'hôpital. Parce qu'on ne sait pas, parfois les enfants peuvent sortir dans des positions difficiles comme par le bras ou la jambe.
 30. **Dans quel hôpital avez-vous accouché?**
Dans les hôpitaux de Vengvieng, Sikhod, Mae lae dek et Ma ho sod parce que je travaille pour eux et je paie moins cher, si le prix est un million je peux payer 500 000 kip.
Je voudrais bien demander la carte d'assurance pour les volontaires du village parce que nous n'avons pas de salaire. Ce n'est pas comme les volontaires de Thaïlande qui ont un salaire d'environ 1000 ou 1500 bath. Au Laos il n'y a pas de salaire pour les volontaires mais ils nous soignent quand on est malade.
 31. **Pour les femmes qui n'ont pas la carte, est-ce que ça coûte cher pour accoucher à l'hôpital ?**
Oui c'est très cher. Par exemple ma belle-fille était maigre c'était difficile d'accoucher naturellement donc elle a accouché par césarienne et on a dû payer environ 4 millions de kips. C'est au moins 3 millions. Pour nous les pauvres, c'est très cher, mais pour les riches ça va.
 32. **Comment avez-vous fait pour trouver de l'argent nécessaire?**
On a vendu toutes les choses dans la maison. C'était la seule solution pour avoir de l'argent pour l'hôpital.
Il faut avoir une politique pour le prix de l'hôpital pour que les pauvres ne payent pas cher grâce à l'aide d'une organisation internationale. Par exemple il y a le projet « Mae lae dek ».
 33. **À l'hôpital de « Mae lae dek » les pauvres et les riches payent le même prix ?**
C'est différent. Pour les pauvres le prix diminue un peu, et on peut payer 2 ou 3 mois plus tard. Mais les riches payent tout de suite.
 34. **Pendant vos grossesses, vous alliez à l'hôpital pour les consultations prénatales ou vous preniez des médicaments ?**
Oui, j'ai eu cinq injections et j'ai pris des médicaments parce que j'ai la carte de volontaire. Si on ne va pas à la consultation prénatale, quand on va accoucher le médecin n'est pas content et

nous dit qu'on n'a pas fait attention à notre santé. Les volontaires des villages conseillent aux femmes enceintes d'un à trois mois d'aller voir le médecin pour qu'il les suive pendant la grossesse et l'accouchement.

35. C'est quoi les médicaments que vous avez pris?

Il y a les vitamines pour les femmes enceintes, les médicaments contre la maladie des muscles, contre les boutons rouges. Quand les enfants de 1 à 6 ans ont tous les vaccins c'est bien. Et si les femmes font la pique 5 fois c'est bien aussi. Après l'accouchement les mères doivent allaiter leurs enfants pendant 6 mois et elles ne doivent pas leur donner autre chose. Il ne faut pas donner de l'eau ou du riz aux enfants jusqu'à ce qu'ils aient 8 ou 9 mois, ensuite on peut leur donner du riz.

36. Pourquoi est-ce qu'il ne faut pas donner autre chose que du lait maternel pendant 6 mois ?

À moins de 6 mois les enfants ne doivent boire que le lait de la mère. On ne peut pas leur donner de céréales parce que ce n'est pas bien pour l'appendice. Dans le projet on est contre le fait que les enfants boivent de l'eau et mangent du riz (pour les enfants de moins de 6 mois). Ce n'est pas comme avant parce que les mères voulaient que les enfants dorment bien mais maintenant on ne veut pas que les parents fassent comme ça. Les enfants peuvent seulement boire du lait de la mère jusqu'à 6 mois et ensuite on peut leur donner du riz.

37. Quand vous avez allaité vos enfants vous ne leur avez donné que du lait ?

Oui, et puis à partir de 7 ou 8 mois on peut donner aux enfants de la nourriture des 5 groupes alimentaires.

38. Est-ce les femmes que vous rencontrez et suivez allaitent leurs enfants jusqu'au 6 mois ?

Oui, parce qu'on leur a expliqué quand elles étaient à l'hôpital après l'accouchement.

39. Vous avez arrêté d'allaiter vos enfants quand ils avaient quel âge ?

On ne peut pas dire parce que certains enfants arrêtent à 9 mois, d'autres à 1 an et quelques mois. J'ai arrêté d'allaiter mes enfants à 1 an et 2 mois parce qu'ils ne voulaient plus boire de lait donc il fallait leur donner du riz.

40. Après l'hôpital, qu'est-ce que vous avez fait pour la tradition ?

Quand on rentre à la maison, on se prépare pour dormir au-dessus du feu. Pour les femmes qui ont accouché par césarienne ce n'est pas la peine de rester au-dessus du feu, ou bien on peut rester mais pas trop. Pour les femmes qui accouchent par voie naturelle il faut boire de l'eau chaude et *yu fai* (= *yu kam* = rester au-dessus du feu). Du 1^{er} au 3^{ème} jour on reste au-dessus du feu doux et à partir du 6^{ème} - 7^{ème} jour plus on peut rester *yu fai* avec du feu plus fort. Certaines femmes restent 15 jours, d'autres un mois, ça dépend.

41. Combien de jours êtes-vous restée *yu kam* ?

Entre 22-23 jours et 1 mois. Par exemple le premier on reste 25 jours, le deuxième 23 jours, le troisième 21 jours, pour chaque enfant on diminue ce n'est pas pareil.

42. Pourquoi ça diminue comme ça ?

Si on reste plus pour les petits que pour les grands ce n'est pas bien pour les grands.

43. Est-ce que vous pouvez m'expliquer qu'est-ce que c'est *yu kam* ? Parce que moi je suis française et je ne connais pas.

Pendant *yu kam* on boit de l'eau chaude. Ce n'est pas comme dans les ethnies où les femmes peuvent manger de la soupe de canard ou de poulet après l'accouchement. Pour les Lao, on mange du riz avec de la sauce de soja pendant 2 ou 3 jours pour pouvoir aller aux toilettes facilement, puis on peut manger de la soupe. Il ne faut pas éviter trop d'aliments sinon on va être fatigué. Je ne sais pas pour les françaises comment elles font après l'accouchement.

44. Il faut manger du riz quand ?

Pendant 1 ou 2 jours mais il faut manger du riz blanc mais pas du riz gluant sinon c'est difficile d'aller aux toilettes.

45. Et le feu ça sert à quoi ?

Le feu c'est bon pour le corps. Certaines femmes viennent de l'hôpital et elles pensent qu'elles ont fait la pique et elles ne veulent pas rester *nang fai* (= *yu kam*). Mais après quand on est vieille, on a toujours mal à la tête et au corps. Même si on fait la pique à l'hôpital il faut rester *yu fai* mais c'est le feu doux, et si on accouche naturellement on peut rester au-dessus du feu chaud, et se laver avec de l'eau chaude pour avoir la bonne santé. Certaines personnes sont

minces après l'accouchement et ça veut dire qu'elles ne peuvent pas rester *yu kam*, certaines sont grosses et ont la bonne santé et peuvent manger.

46. Est-ce que *yu kam* peut aider l'utérus (*motluk*)?

Oui c'est bon pour l'utérus. Et si notre enfant peut boire du lait ça signifie que notre utérus est bien aussi. Si on donne du lait en poudre pour notre enfant, ce n'est pas bien pour l'utérus. Ce qui est important pour soigner l'utérus c'est de boire de l'eau chaude mais pas trop chaude et de prendre les médicaments traditionnels.

47. Toutes les femmes dans votre quartier font *yu kam* ?

Toutes les femmes restent *yu kam* sauf celles qui travaillent en Thaïlande parce qu'elles accouchent par césarienne.

48. Les femmes jeunes continuent à faire *yu kam* aussi?

Certaines jeunes femmes avortent ("aiment faire sortir") leurs enfants quand elles sont enceintes de 2 ou 3 mois. Elles font la piqure et elles ne restent pas *yu kam* mais elles boivent seulement l'eau chaude. Si la femme était enceinte de 3 mois elle doit boire l'eau chaude 3 jours et si c'est 4 mois elle doit en boire pendant 4 jours. Mais d'autres personnes ne font pas faire la piqure parce que c'est mauvais pour la santé.

49. Les trois premiers jours de *yu kam* vous avez dit qu'il faut manger seulement du riz, et ensuite on peut manger quoi?

Après ça on peut manger des fruits comme la papaye et des vitamines pour avoir la bonne santé.

50. Est-ce que la viande c'est possible ?

Pas toute la viande. On ne peut pas manger du bœuf rouge. Les gens au sud peuvent manger de la viande mais au nord on ne peut pas en manger, on peut manger seulement du poulet, du porc et de poisson.

51. Si on mange la viande du bœuf rouge, ça fait quoi ?

On est *phid kam*: on est des vertiges et le menton ne peut pas bouger. Alors il faut manger *warn* (=médicament traditionnel). On peut être *phid kam* avec les odeurs aussi. Si quelqu'un fait de la soupe avec *phak kha* (=légume à mauvaise odeur) on peut *phid kam* aussi. À l'hôpital selon la science, les médecins disent que ces femmes ont de la tension.

52. Et vous qu'en pensez-vous?

Je ne crois pas les médecins. Je pense que c'est *phid kam* parce qu'on mange beaucoup de choses mais on n'a rien et quand il y a l'odeur de « *phak kha* (= légume à mauvaise odeur) on ne sent pas bien, donc c'est *phid kam*.

53. Est-ce que vous avez déjà été *phid kam* ?

J'ai accouché 6 fois et j'ai eu *phid kam* 2 fois, la première fois c'est à cause du sésame dans une salade. La deuxième fois c'est quand j'étais enseignante d'école. C'est à cause d'un mille-pattes qui m'a piqué quand mon enfant avait 6 mois parce que je me suis lavé le soir et il faisait sombre. Je ne l'ai pas vu et il m'a piqué la main. Environ 30 minutes plus tard ma main avait enflé, mes lèvres et mon visage aussi et mon menton ne pouvait plus bouger, donc je me suis sentie *phid kam*. Mon mari m'a emmené à la maison et il m'a donné "*warn*". Il a écrasé/mélangé *warn* pour me faire de la soupe et environ 30 minutes plus tard je suis redevenue normale et j'ai pu enseigner aux élèves.

54. Les insectes aussi peuvent donner *phid kam* ?

Non les insectes ne peuvent pas être *phid kham*

55. Pendant *yu kam* vous preniez les médicaments traditionnels ?

Oui, j'ai pris un médicament traditionnel pour avoir du lait parce que si on boit seulement de l'eau chaude normale on ne peut pas avoir du lait pour les enfants.

56. Les médicaments traditionnels vous allez les chercher ou vous les achetez ?

Je les cherche dans la forêt. Par exemple : *ton xang ngaow*, *ton dok khoun*, *ton phak ma* pour avoir du lait.

57. Comment vous avez appris tout ça?

Parce que mon mari est médecin traditionnel. J'ai accouché de 5 enfants et je n'ai jamais acheté les médicaments, c'est mon mari qui allait les chercher pour moi. Le médicament pour soigner l'utérus c'est *ya phang* et *bai nad* c'est bien pour arrêter le sang.

58. Est-ce que votre mari est encore médecin traditionnel ?

Maintenant il est bonze ici.

59. Est-ce qu'il est bonze et médecin traditionnel ?

Il est médecin traditionnel et bonze aussi.

60. J'ai une dernière question. Quand le mari devient bonze, est-ce le couple est encore marié ?

On est séparé. Même si on est marié on peut devenir bonze pour *kae ba*. C'est parce qu'il était malade et on ne pouvait pas le soigner. On a vu le surveillant et il a dit qu'il devait être bonze parce que ses parents sont morts quand il était petit, il avait 7 ans. Personne n'a pu faire *bun* aux parents. Ils voulaient que leur fils soit bonze si non ce n'est pas bon.

*Annexe 7 : Extraits de l'entretien n°19, 14-03-13, Moine du Wat Si Meuang.
Adeline Philippe.*

« Comment avez-vous été formé pour devenir médecin traditionnel ?

Nous avons un manuel qui a été publié en 1954 ou bien 1955.

Et vous avez appris avec le livre ?

Oui, j'ai appris avec le livre, avant de chercher le médicament dans la forêt, il faut regarder le livre et s'il n'y en a pas dans la forêt il faut chercher d'autres endroits comme au Sud du Laos ou au Nord parce qu'ici il n'y en a pas beaucoup.

Vous soignez les gens de la famille ou les gens du village ?

J'ai soigné d'autres personnes aussi, je soigne tout le monde. J'ai soigné environ 1000 personnes déjà.

Est-ce qu'il y beaucoup de femmes qui prennent les médicaments traditionnels et voient le médecin traditionnel ?

Il y en a encore mais ce n'est pas beaucoup comme avant, parce qu'on a le projet de l'hôpital Me le dek, Ma ho sod et Mittaphab et il n'y a pas beaucoup de personnes qui voient le médecin traditionnel seulement ceux qui n'ont pas beaucoup d'argent viennent nous voir.

Vous êtes d'origine d'où ?

Je viens de la province Xayabouly, à Ban Thin.

Avant vous faisiez quel métier ?

Avant j'étais soldat, après j'ai appris à faire des meubles à Ban Amone.

Pourquoi avez-vous voulu apprendre la médecine des médicaments ?

Parce que mon père était médecin traditionnel donc je dois hériter mon père parce qu'il l'a dit, il ne faut pas laisser. Et puis ça peut être *bun* aussi et si on rencontre des difficultés ce *bun*-là peut nous aider. Si on a besoin de quelque chose et qu'on demande de l'aide ça peut jouer en notre faveur. On soigne des personnes qui étaient presque mortes donc c'est vraiment « boun ».

Et les livres, est-ce que vous savez qui a écrit ?

Ces livres ont déjà été hérités de trois générations.

Et votre père a appris dans ce livre aussi ?

Oui.

Est-ce que ce que c'est vous qui avez enseigné les médicaments traditionnels à votre femme ?

Oui, je l'ai conseillée pour que s'il y a des gens qui demandent de l'aide et que je ne suis pas là il faut les soigner, il ne faut pas les éviter.

Vous êtes médecin traditionnel depuis quelle année ? Quels types de maladies avez-vous rencontré le plus souvent ?

Depuis 1969. Il y a beaucoup de types de maladies comme la maladie de poumon, du foie, du cœur, l'estomac.

Quand vous soignez les gens, vous utilisez les médicaments et aussi les pratiques bouddhiques ?

Oui, je l'utilise aussi. Si on a mal et qu'après avoir pris le médicament on ne va pas mieux, on peut réciter des textes (*mantra*) et souffler sur l'endroit où on a mal.

Vous êtes moine et est-ce que vous soignez encore les gens ?

Oui, j'ai toujours aidé des gens s'ils viennent me voir parce que c'est « boun » aussi. »

Annexe 8 : Liste des médicaments traditionnels évoqués au cours de l'enquête.

Pan deng : pour l'utérus

Pal bua leuat : pour soigner les plaies, pertes blanches

Yanang deng : racine écrasée et mélangée avec de l'eau pour prendre des bains contre *pit kam*.

ya nou: kham : pour faire sortir le mauvais sang

ya pha ya nak

warn phai noy

warn jot : soigner l'utérus

ya nang daeng : soigner le sang (phid kam)

ya tao noy : pour avoir du lait

na li phon : statuette homme et femme

ya phang : pour soigner l'utérus

ya warn jot : soigner l'utérus

ya nang daeng : soigner le sang

kor nak : pour soigner l'utérus

kor sarng naow : pour avoir du lait

kheua ya nang daeng

ya pin mod louk : pour ne pas avoir d'enfant

kor phai noy / ya nang daeng: contre *phid kam*

mak yor : pour avorter

Glossaire des termes lao

Ao louk hok : avorter – (« prendre l'enfant sortir »)

Baap : démérites

Ban : village, plus petite unité administrative au Laos. Les villes sont composées de plusieurs villages

Meuang : ville ou district

Boh penyang : pas de problèmes

Boh sabay : ne pas aller bien, ne pas être bien

Boun : célébrations bouddhiques

Bun : mérites (contraire de baap)

Cao cam : officiants de cultes réguliers

Cep : terme utilisé pour une maladie déterminée ou pour désigner une douleur, souvent doublé d'un terme qui précise le type de douleur ressentie et la localisation du mal

cep khay : « avoir de la fièvre »

cep siep : « douleur aigue »

Dharma (sanskrit) : la loi

Falang : « Français », par extension « occidental »

Heng : force

Hok louk nyak : accouchement difficile (« sortir enfant difficile »)

Hok louk gnaiy : accouchement facile (« sortir enfant facile »)

Hon koh : « chaud gorge »

Hon : le chaud

Kala:m : interdits (« ne faut pas faire »)

Kala:m kong kin : éviter les aliments

Kam yen : *yu kam* sans le feu (*yen* : froid)

Kam : (sanskrit « *karma* »), « l'acte » c'est à dire la somme des actions de l'individu qui le guide dans sa réincarnation

Kanha : Offrande de cinq paires de bougies et cinq paires de fleurs

Kao tom : Riz gluant entouré de feuille de banane et fermé par un lien de bambou

Ke phi : chasser les génies

Ke phit : chasser le poison

Khai : fièvre

Khao fai : entrer dans le feu

Khuan : les "âmes"

Kin hon : boire chaud

Kin hon yu hon : « boire chaud et rester au chaud »

Lak meuang : « pilier de la ville » signifie aussi "esprit protecteur du tchao meuang", c'est à dire le chef suprême du meuang

Lao lao : alcool traditionnel

Lao Loum : Lao des plaines

Lao Sung : Lao des sommets

Lao Theung : Lao des plateaux

Lieng phi : cérémonies d'offrandes aux génies (« nourrir les génies »)

Lom : « souffle » (le « vent », le « souffle interne »)

Louk lieng : enfant que l'on nourrit

Louk sit : élève qu'on initie à son art

Me tam nè : les accoucheuses et matrones

Meuang : la ville

Moh : spécialiste, maître

Moh caut : « spécialiste qui soude »

Moh moh : « devin ». Il a pour mission de diagnostiquer les causes des maladies

Moh mon : « maître es mantra » « magiciens »

Moh phi ou *moh thevada* : (« maître/spécialiste es génies/divinités) chamanes

Moh puen meuang : terme générique utilisé par les informateurs pour désigner les thérapeutes « traditionnels » ou personnage ayant un rôle thérapeutique

Moh tam yae : « accoucheuses traditionnelles »

Moh ya : spécialistes es médicaments

Mon : « pouvoir magique »

Motlounk : utérus

Ok louk gnaiy : faciliter l'accouchement (« sortir enfant facile »)

Or kam / *hok kam*: sortir du “kam”

Paphe:ni : la tradition

Pa-sa:-sôn : habitants, population

Pen kha:i leu boh sabbay : « avoir de la fièvre ne pas aller bien »

Pha'phu't pha'song : dieux (« saints, éveillés »)

Phanat : maladie aux causes organiques

Phi : génie

phi arak : génies gardiens des lieux ou génies locaux (, *tchao baun*)

phi hay : génies maléfiques (, « génie méchant »)

phi hung : génies de la malemort

phi phay : esprits de femmes mortes en couche ou enceintes

phi pop : génies qui possèdent des êtres humains et leur font faire des actes de malveillance et de sorcellerie

phi then : génies célestes (« génie du ciel »)

Phid : faux

Phid kam : état de maladie résultant du non-respect des interdits alimentaires pendant la période de *yu kam*

Phit : les poisons

Phuen ba:n : tradition

Pi mai : nouvel an lao

Puay : « souffrir d'une maladie de longue durée »

Sabbay di boh : formule de salut classique au Laos (« est-ce que vous allez bien ? »)

Sabbay : être heureuse

Saksit : sacré

Sâsanâ : religion

Sâsanâ phi : « la religion des génies »

Sâsanâ phut : « bouddhisme »

Sen en : « canaux », terme désignant aussi bien les vaisseaux sanguins que les nerfs ou les tendons

Sim : temple

Sin : jupe droite « traditionnelle »

So : « être alité »

Songsan : cycle des réincarnations

Sou khuan ou *basi* : cérémonie de rappel des âmes

Stūpa : structure architecturale bouddhiste, à la fois représentation aniconique du Bouddha et monument commémorant sa mort

Sukhaphap : la santé en général

Tamada : normal

Tan sa-may : moderne (« époque mise à jour »).

Tchao meuang : esprit protecteur du *meuang*

Tchao wat : entité protectrice de la pagode

Tchay yen : calme (« le cœur froid »)

Than moh : médecins du système de santé officiel (« Monsieur le spécialiste »).

Vao nam phi : discuter avec les génies, négocier.

Wan : plantes utilisées pour leurs propriétés essentiellement magiques

Wanh sin : pleine lune, jour sacré du calendrier lunaire

Wat : Pagode

Ya: les médicaments

Ya: luang : médicaments occidentaux

Yen : le froid

Yu di mi heng : « être bien avoir de la force »

Yu fai : rester auprès du feu

Yu hon : rester chaud

Yu kam : rester dans la souffrance/ karma

NOM : PHILIPPE	PRENOM : Adeline	Date de soutenance : Septembre 2013
Mémoire de Master II Recherche mention Anthropologie Spécialité : Anthropologie de la santé Aix-Marseille Université		
<p>Titre : Autour de la procréation, état de l'art des représentations et pratiques contemporaines à Vientiane</p> <p>Résumé :</p> <p>Ce mémoire est une étude anthropologique des représentations et des pratiques contemporaines autour de la procréation à Vientiane au Laos. La première partie permet de retracer les origines et la construction de l'objet de recherche, et de placer le cadre théorique général des approches proposées. Dans une seconde partie les données sont replacées dans leur contexte de production à travers la présentation du site de terrain et une approche réflexive de l'enquête ethnographique. Dans la dernière partie, les principales données recueillies par les entretiens et l'observation sont présentées, par « étapes » de la procréation ; puis analysées de façon thématique, à travers le prisme des offres et recours thérapeutiques, l'étude de la pratique postpartum de <i>yu kam</i> et enfin les oppositions entre « tradition » et « modernité » comme cadre des ruptures et continuités trans-générationnelles en lien avec un processus de médicalisation de la procréation.</p> <p>Mots clés : Laos, procréation, santé, représentations, VIH</p>		